

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

NOTE SUR UN CAS D'ABCÈS CHRONIQUE  
DU VOILE DU PALAIS <sup>(1)</sup>

Par le Dr **Georges LAURENS**, ancien interne des hôpitaux de Paris,  
assistant d'otologie et de laryngologie à l'hôpital Saint-Antoine.

Il s'agit d'une variété rare d'abcès du voile du palais, identique aux cas décrits par Cartaz en 1897. Cette forme est intéressante tant par sa rareté que par les modalités cliniques qu'elle revêt et le traitement dont elle est justiciable.

L'abcès que j'ai observé était sus et pré-amygdalien et avait son point de départ dans la fossette sus-amygdalienne ou recessus palatal de His.

Ce cas a trait à un homme de 48 ans, jouissant d'un état général parfait et n'ayant jamais eu de maladies graves : il n'a eu aucune angine, ni abcès amygdalien et ne s'est jamais plaint sérieusement de la gorge. C'est un fumeur modéré. Il n'accuse uniquement que le symptôme suivant pour lequel il vient consulter et qu'il éprouve depuis un jour. Tous les 7 ou 8 mois environ, depuis un nombre d'années qu'il ne saurait déterminer, sans douleur ni amygdalite préalable, sans trouble précurseur d'aucune sorte, il sent brusquement une odeur extrêmement fétide dans la bouche, qu'il compare à une sorte de bulle crevant au fond de la gorge. Il crache de petites matières pultacées, blanc-jaunâtre, du volume d'un grain de chènevis et horriblement fétides.

Ce phénomène se reproduit ainsi plusieurs fois par jour ; au bout de quarante-huit heures, il a disparu. Il s'exagère quand le malade comprime la région sous-maxillaire droite. Le traitement a consisté uniquement en gargarismes.

A l'examen, je trouve l'amygdale gauche normale, petite. La droite est réduite à une longue et mince trainée de tissu lymphoïde paraissant accolée au pilier antérieur. Le stylet coudé ne peut pé-

(1) Communication à la Société Française d'otologie et de laryngologie. Session de mai 1898.

nétrer dans l'intertice pré-amygdalien, alors que le sillon rétro-amygdalien est libre. En l'introduisant dans la fossette sus-amygdalienne, il pénètre dans deux diverticules, l'un supérieur, se prolongeant dans l'épaisseur du voile, l'autre inféro-antérieur, sorte de récessus pré-amygdalien, compris entre le pilier antérieur et l'amygdale qui sont soudés l'un à l'autre. Le porte-coton ramène de ces deux poches extrêmement étroites, et qui n'admettent que le passage d'un petit stylet, du pus caséeux dégageant une odeur repoussante.

En soulevant l'insertion du pilier antérieur avec un crochet recourbé et en examinant avec un petit miroir, la loge sus-amygdalienne se présente avec une coloration normale sans fongosités appréciables.

La pression extérieure exercée au niveau de l'angle de la mâchoire fait sourdre un peu de pus caséifié au niveau de l'angle sus-amygdalien.

Le traitement consistait dans l'ouverture large du foyer, l'excision, grattage et cautérisation des tissus morbides. Devant le refus du malade, je lui conseillai de pratiquer des lavages de ses trajets fistuleux.

Sans vouloir m'appesantir sur les considérations cliniques et pathogéniques, qui peuvent être suggérées par l'interprétation de ce cas, je crois qu'il faut se rallier pleinement à l'opinion de Lermoyez et de Cartaz et considérer ces abcès chroniques comme le reliquat d'inflammations antérieures laissant à leur suite des diverticulums et des fistules borgnes.

---

## CAS RARES DE POLYPES DU LARYNX (1)

Par le D<sup>r</sup> Louis BAR (Nice).

S'il est vrai, ainsi que le rapporte Lennox Browne (2) d'après Von Ziemssen, que « la littérature laryngologique abonde tellement en observations de tumeurs bénignes qu'elle en est presque fastidieuse », cette vérité admise d'une façon générale ne saurait l'être quant à la fréquence des diverses variétés de ces néoplasmes. De là, l'intérêt que présentent les statistiques établies ou les cas rares que l'on peut rencontrer.

Pour Schwartz (3), qui statue d'après 12 360 cas d'affections quelconques du larynx, les tumeurs bénignes ne constituent guère que le 1 % de sa statistique, ce qui indique déjà, comme rares, les néoplasmes bénins de cette région. La fréquence de leurs variétés est variable encore quant aux sièges qu'elles occupent et à leurs constitutions anatomiques. C'est ainsi que, sur 1100 cas de tumeurs du larynx réunis par V. Bruns (4), 836 siégeaient sur les cordes vocales ; les autres étaient à la région sus-glottique et plus rarement à la région sous-glottique.

Fauvel (5), sur 300 cas de polypes observés par lui, indique 250 intra-glottiques, 10 sus-glottiques, 9 sous-glottiques, 31 à siège indéterminé.

D'autre part, en se basant sur l'anatomie du larynx, sur la

(1) Communication à la Société Française d'otologie et de laryngologie.

(2) LENNOX BROWNE. — Maladies du larynx, 1891.

(3) SCHWARTZ. — Tumeurs du larynx, Paris, 1886.

(4) V. BRUNS. — Die laryngotomie, Tübingen, 1878.

(5) FAUVEL. — Maladies du larynx, Paris, 1876.

texture et la structure des parties molles qui le constituent, ces tumeurs sont d'origine connectives (fibromes, myxomes, lipomes) d'origine épithéliale (tumeurs épithéliales simples et papillomes); enfin elles peuvent se développer au dépens des glandes ou des vaisseaux (Kystes, adenomes, angiomes).

Voici quelques cas que nous avons observés :

OBSERVATION I. — *Fibrome intraglottique*. — M<sup>me</sup> J..., cuisinière, âgée de 65 ans, vint consulter en janvier 1893; elle avait une voix rauque, cassée, qui, par moment, après un grand tirage, redevenait claire. Cette malade était en outre en proie à de violents accès de dyspnée, lesquels arrivaient soudainement ou après la moindre fatigue. La toux était sèche. Nous trouvâmes une tumeur solitaire, d'aspect oblong, grisâtre, solide ou du volume d'un pois lisse, située à la commissure antérieure des cordes vocales entre lesquelles elle s'insérait par un pédicule et sur lesquelles elle déterminait une sorte de dépression. Cette tumeur ne put être enlevée par refus de la malade, qui, deux ans après, la portait encore malgré les inconvénients ci-dessus signalés.

Autant qu'on pouvait en juger, ce néoplasme était un fibrome.

Les fibromes sont des tumeurs du larynx plus rares que les papillomes, car Von Bruns, dans sa statistique de 1100 cas, ne trouve guère que 346 fibromes c'est-à-dire 31, 4 %, et Fauvel, sur 300 polypes, 14 fibromes, c'est-à-dire 4, 5 %.

Krishaber <sup>(1)</sup> et Massei <sup>(2)</sup> pensent que ces néoplasmes constituent le quart des tumeurs laryngiennes. Moure est plus réservé sur ce point.

Le cas que nous présentons est également intéressant par le siège d'implantation occupé par le fibrome; le lieu d'élection est en effet aux cordes vocales, mais le fibrome implanté à leur commissure, ainsi qu'il l'était ici, n'a guère été vu que 26 fois sur 346 cas, c'est-à-dire 8 %. Il n'est même pas impossible d'en trouver attenant à d'autres points de la région intra-glottique: bandes ventriculaires, ventricules de Morgagni, épiglote, ré-

(1) KRISHABER. — Polypes du larynx. (*Dict. encyclopédique des sciences médicales*, 2<sup>e</sup> série, t. I, p. 729, 1876.)

(2) MASSEI. — Sui neoplasmii laryngei studii casuistica. Napoli, 1885.



gion aryénoïdienne et replis aryépi-glottiques. Moure (1) paraît en avoir observé un exemple, cependant, ces faits sont si peu habituels, qu'avant d'affirmer le diagnostic il faut écarter à bon escient celui des végétations tuberculeuses ou syphilitiques toujours fréquentes en cet endroit. (Schwartz). Nous pourrions citer l'exemple suivant : une femme jeune encore, dont la tuberculose laryngienne se manifestait ainsi silencieuse par trois noyaux polypeux ou nodules fibroïdes, gros comme des lentilles, implantés deux à droite, un à gauche sur les bandes ventriculaires, en imposait à prime abord pour des polypes fibreux du larynx. Mis en suspicion du diagnostic par la pluralité des tumeurs, n'ayant point oublié que le fibrome du larynx est unique dans l'immense majorité des cas, le diagnostic de tuberculose fut confirmé par la présence de bacilles dans les crachats. Enfin, dans notre cas, remarquons encore que le polype était pédiculé et que son insertion se faisait à l'aryénoïde par un pédicule assez long. Or, les fibromes, dont la base d'implantation est ordinairement faite au dépens de la membrane fibreuse élastique du larynx, sont le plus souvent sessiles.

OBSERVATION II. — *Fibrome de la corde vocale droite.* — M<sup>me</sup> G..., couturière, 35 ans, a complètement perdu la voix depuis 6 mois, et, depuis quelques semaines souffre d'un enrouement très marqué dont elle éprouve une véritable fatigue pulmonaire et laryngienne. La lésion, telle que nous l'indique le laryngoscope à la première visite, (novembre 1896), est une petite tumeur sessile, blanc jaunâtre, grosse comme une lentille, implantée sur le tiers antérieur de la corde vocale droite. Le larynx étant très excitable, nous songeâmes avant de procéder à extraire la tumeur, à habituer la malade par des attouchements répétés. Mais la malade ayant appris qu'elle n'avait, actuellement du moins, rien à redouter de ce qui occasionnait ainsi la raucité de sa voix, remit à plus tard toute intervention projetée.

Cette tumeur, qui ressemblait beaucoup au nodule des chanteurs, *Sänger-Knoten* de Störk, nous a paru toutefois être de nature fibreuse, quoique étant un fibrome moins rare que le précédent.

(1) MOURE. — Leçons sur les maladies du larynx, 1890.

OBSERVATION III. — *Papillome de la région inter-aryténoïdienne.*  
— *Excision, grattage.* — M. F..., croupier, obligé à un exercice professionnel de la voix, est atteint de raucité. — Poumon bon; un père probablement tuberculeux, mais l'état général du malade ne laisse actuellement rien prévoir de semblable.

L'examen laryngoscopique montre une tumeur située à la face interne de la région aryténoïdienne, un peu à gauche, sorte de tuméfaction rouge vineux, surmontée de granulations petites, papillomateuses, d'aspect gris blanchâtre et de consistance cornée. Par son faible volume et sa situation, cette tumeur ne déterminait aucune gêne de la fonction respiratoire du larynx, mais une modification de la voix, de raucité marquée dont le malade veut être guéri à cause de sa profession.

A cause de l'irritabilité particulière du larynx de ce malade, plus encore que par la situation de la tumeur, nous eûmes la plus grande peine à opérer. Elle fut cependant extraite au moyen de la pince de Schrötter et l'éponge de Voltolini, qui, faite avec du coton hydrophile fortement serré sur un stylet laryngien, nous rendit dans ce cas un excellent service.

L'examen microscopique des fragments de cette tumeur indiqua qu'il s'agissait d'un papillome du type malpighien, ne présentant aucun globule corné ou de formation semblable. Certains points de sa surface paraissaient avoir subi la dégénérescence myxomateuse.

Nous avons eu l'occasion de revoir souvent le malade, or; l'altération ou raucité de la voix a persisté et trois mois après nous voyons paraître une tuméfaction de la bande ventriculaire, gauche en avant, c'est-à-dire, à un point diamétralement opposé, dont le diagnostic ne peut être affirmé, mais laisse penser à l'infiltration tuberculeuse, ou bien au début d'une tumeur maligne.

De toutes les tumeurs bénignes du larynx, les papillomes sont certainement les plus fréquentes, car, bien que Neuman et Leunox Brown aient émis qu'elles ne constituaient que les 2 et 2 1/2 % des cas, Brishaber <sup>(1)</sup>, V. Bruns <sup>(2)</sup>, Fauvel <sup>(3)</sup>, pensent qu'elles constituent au moins la moitié. Toutefois, cette observation mérite d'être notée à cause du siège que la tumeur occupe. Les papillomes ont en effet un siège de prédi-

(1) KRISHABER. — *Loc. cit.*

(2) VON BRUNS. — *Die laryngotomie.*

(3) FAUVEL. — *Loc. cit.*

lection qui se tire de la connaissance même de la structure du larynx. A ce sujet, Coyne <sup>(1)</sup> a montré que les cordes vocales inférieures étaient tapissées surtout au niveau de leur bord, d'une muqueuse papillaire à revêtement épithélial pavimenteux, que ces papilles diminuent de nombre et de grandeur de la partie moyenne vers les régions antérieures et postérieures, sur les faces supérieure et inférieure et qu'elles disparaissent au niveau de la région où commencent les glandes muqueuses. C'est là seulement qu'on doit rencontrer les papillomes et, en effet, on ne les rencontre presque jamais ailleurs que sur les cordes vocales inférieures, sur les parties antérieures et moyennes de ces cordes. Toutefois, en arrière, vers le bord antérieur du cartilage aryténoïde, l'épithélium reprend une forme stratifiée intermédiaire au véritable revêtement épithélial de la peau et à l'épithélium cylindrique; c'est là que nous avons observé notre papillome et il était unique. Fauvel, sur 207, cas ne signale qu'un fait semblable. Betz <sup>(2)</sup> en relate aussi une observation analogue à la nôtre. Il est bon d'ajouter que toutes les fois qu'il s'agit de papillomes multiples des cordes vocales, toutes les régions du larynx peuvent être simultanément couvertes de ces tumeurs et qu'il n'est point, en pareil cas, étrange d'en rencontrer sur la région aryténoïdienne.

Un mot encore à ce sujet. Størk, Fauvel, M. Mackenzie, P. Bruns admettent la transformation du papillome en épithélioma, tandis que Sokolowski <sup>(3)</sup> pense qu'une opinion semblable est impossible et ne peut être admise qu'à la suite d'examen hâtifs et incomplets. Tout en nous tenant sur la réserve, nous devons remarquer que le cas présent nous laisse quelque inquiétude pour l'avenir et nous permet de croire avec Cornil <sup>(4)</sup> à la possibilité de transformation du papillome en épithélioma.

Voici un cas dont le diagnostic a pu rester douteux tant à

<sup>(1)</sup> COYNE. — Recherches sur l'anatomie normale de la muqueuse du larynx, T., Paris 1876.

<sup>(2)</sup> BETZ. — *Monatschrift für Ohrenheilkunde*, (mars 1892).

<sup>(3)</sup> SOKOLOWSKI. — (*Arch. für Laryng.*) Bd 1893.

<sup>(4)</sup> CORNIL et RANVIER. — Papillomes. Traité d'histologie pathologique, t. 1, p. 285.

cause de l'apparence du néplasme que faite d'un examen microscopique :

OBSERVATION IV. — *Kystes des cordes vocales*. — M<sup>me</sup> V..., fleuriste, âgée de 25 ans, d'une santé générale parfaite fut atteinte, il y a quelques mois, d'une raucité croissante et aujourd'hui d'une véritable aphonie. La respiration, peu libre ordinairement, est parfois remplacée par de véritables crises asphyxiques. Son larynx peu facile à examiner tant à cause de la crainte de la malade que par la sensibilité pharyngienne excessive, présentait, à la place des deux cordes vocales, deux bourrelets fusiformes, d'aspect hyalin, pâle, mous, presque accolés l'un à l'autre et sous jacents aux bandes ventriculaires dont ils se distinguaient aisément et dont ils n'étaient séparés que par un interligne représentant l'entrée du ventricule de Morgagni. L'analyse des crachats n'indiquait aucune tubercule. Nous n'avons pas revu la malade.

Malgré notre indécision sur la diagnose, nous nous sommes arrêtés à l'idée de kystes doubles des cordes vocales et ceci à cause de la ressemblance parfaite avec les néoplasmes de ce genre et aussi après examen bactériologique excluant tout idée de tuberculose. Moure <sup>(1)</sup>, qui a fait de ces kystes une étude complète, fait remarquer leur ressemblance parfaite avec les polypes muqueux, dont on ne peut, dit Schwartz <sup>(2)</sup>, les distinguer d'une manière certaine que par la ponction. — Ces tumeurs peu fréquentes, (3 % d'après Fauvel, 25 % d'après V. Bruns) sont formées d'une poche mince, recouverte par la muqueuse, renfermant une substance jaunâtre liquide ou visqueuse, ou sanguinolente. Par la ponction, elles s'affaissent et c'est là, ainsi que le broiement au moyen de pince, une méthode de traitement à employer quand on les rencontre. Résultat d'une dilatation kystique des culs de sac glandulaires, par suite du rétrécissement et de l'oblitération de leur canal cureteur, ils peuvent avoir une marche croissante et, selon leur siège, occasionner l'asphyxie. On les rencontre d'ordinaire sur l'épiglotte, riche en glandes, mais ils

<sup>(1)</sup> MOURE. — Etude sur les kystes du larynx, Paris, 1898. (Extrait de la *Revue mensuelle de laryngologie*).

<sup>(2)</sup> SCHWARTZ. — *Tumeurs du larynx*, Paris, 1886.

peuvent naître aussi sur les cordes vocales que, depuis Cogné (1), nous savons munies d'un appareil glanduleux remarquable. Tel est leur lien d'élection.

Nous rapprocherons de l'observation de ces kystes le fait suivant autant à cause de sa rareté que de sa ressemblance avec les tumeurs précédentes.

OBSERVATION V. — *Fibromyxome de la corde vocale gauche.* — *Excision.* — M. G..., gardien de nuit, âgé de 32 ans, se plaint de raucité de la voix et de gêne dans le larynx. Il vient nous consulter en mai 1896 et l'examen nous fait découvrir sur le tiers moyen de la corde vocale gauche une tumeur de consistance gélatineuse demi-transparente, piriforme, lisse, sessile, et de la grosseur d'un petit pois. Après forte cocaïnisation du larynx, nous pûmes exciser ce néoplasme avec les ciseaux concaves de Schrotter. Il ne s'écoula rien de l'incision, sauf que quelques gouttes de sang couvraient bientôt la corde vocale tandis que la surface de section de la tumeur se présentait comme une masse molle, grise, ayant l'aspect de la gelée. Cette tumeur nous parut être un fibromyxome.

C'est exceptionnellement que cette variété de polypes se rencontre dans le larynx quoique les avis soient partagés. Tandis, en effet, que Fauvel rapporte 53 observations de myxomes purs. Von Ziemssen avoue ne connaître que deux cas vraiment authentiques, celui de Von Bruns et celui de Mackenzie. Mais deux analogues ont été observés encore par Wagner (2) et Eeman (3), (de Gand).

Enfin un cas de Moure (4), dans lequel le myxome occupait toute la longueur des rubans vocaux et simulait un œdème de ces replis.

Toutefois, ces productions mollasses, rosées, lisses et sessiles qui constituent le myxome pur, peuvent emprunter au tissu fibreux des éléments pour constituer une tumeur mixte,

(1) COGNÉ. — (*Loc. cit.*)

(2) CLINTON WAGNER. — Myxomata of the left ventricle; Spontaneous Expulsion. (*Archiv of laryngology*, p. 333, 1880).

(3) EEMAN (de Gand). — Myxome hyalin de la corde vocale inférieure gauche (*Revue mensuelle de laryngologie*, 1886, p. 7.)

(4) MOURE. — Leçons sur les maladies du larynx. 1890, Paris, p. 414. (*fig.* 36).

tel est le fait observé par Boley <sup>(1)</sup> qui était un énorme fibromyxome telangiectasique, ou encore un cas analogue de Moure. Ces néoplasmes semblent d'ailleurs avoir été bien plus fréquemment observés que les myxomes purs. Schwartz <sup>(2)</sup> en signale deux cas de Poyet. Le polype de notre observation paraît rentrer dans le même cadre.

Pour terminer cette série, je citerai le cas suivant, dont on peu discuter la nature de la tumeur, celle-ci ayant été égarée lorsqu'elle fut envoyée à Paris pour l'analyse.

OBSERVATION VI. — *Lipome de la région sous-glottique. — Laryngotrachéotomie.* — Au mois de mars 1895, notre excellent confrère le Dr Grinda E., nous fit appeler à l'hôpital auprès d'une jeune femme de 25 ans environ, couturière, dont l'état asphyxique était avancé. Un râle trachéal facilement entendu, ainsi qu'un tirage très violent et une cyanose marquée indiquaient aisément que l'air n'arrivait que très imparfaitement sur l'arbre respiratoire arrêté probablement aux voies supérieures par un obstacle matériel. Le laryngoscope qui, en pareil cas, fut d'un usage extrêmement difficile, nous permit de voir une tumeur assez volumineuse qui, par moment, venait paraître entre les bords libres des cordes vocales. D'un aspect jaunâtre, elle semblait retenue par un pédicule au-dessous de la commissure antérieure des vraies cordes, d'ailleurs en bon état. Cette malade, sans antécédents morbides était ordinairement d'une santé parfaite et ne se plaignait de la gorge que depuis quelques mois. L'état cyanosé et le volume de la tumeur nous encourageaient peu à une tentative d'extraction par les voies naturelles; aussi, après un simple essai infructueux, fut-il décidé qu'on choisirait la méthode extra laryngée. Comme les crises dyspnéiques de plus en plus fréquentes avaient épuisé la malade, le docteur Grinda et moi fîmes pour le moment une simple trachéotomie provisoire et l'opération fut terminée le lendemain par la libération de la tumeur qui ne put être extraite qu'avec une curette. Après l'avoir fragmentée en deux parties, nous pûmes retirer par les lèvres béantes de la plaie trachéale une tumeur du volume d'une petite cerise, à coque fibreuse, contenant en son centre une substance grasseuse encapsulée dans quelques

(1) MOURE. — Leçons sur les maladies du larynx, 1890, Paris, p. 414 (fig. 36).

(2) SCHWARTZ. — *Loc. cit.*

zones fibreuses secondaires. Cette tumeur était molle, pseudo-fluctuante, de couleur blanc jaunâtre, pédiculée, sphérique, laissant aux doigts une sensation souple et comme spongieuse. Le pédicule qui l'attachait au larynx n'était que la continuation de la coque fibreuse d'enveloppe. Il n'y a pas eu de récédive.

Bien que privés du diagnostic microscopique de ce néoplasme, nous pensâmes à un lipome, non-seulement à cause de son apparence extérieure, mais parce qu'une tumeur constituée intérieurement par de gros tractus fibreux encapsulant une matière grasseuse ne pouvait être autre chose. On aurait pu toutefois songer à l'adénome en dégénérescence grasseuse, mais, dans ce cas, la surface de section eût été plus grenue à cause des nombreux cils de sac glandulaires qui composent un néoplasme semblable, bien que l'aspect liquideux des sécrétions fût en ce cas remplacé par une substance grasseuse.

Quelle que soit d'ailleurs l'opinion admise, il y avait là une tumeur laryngienne des plus rares et il est à regretter que les fragments égarés au laboratoire n'aient point permis de faire un diagnostic précis. Les adénomes sont des tumeurs, dont on ne rencontre que quelques cas, cités par Von Ziemssen, Mackenzie, Von Bruns, et qui n'apparaissent que dans des régions riches en glandes. Les lipomes du larynx sont des tumeurs plus rares encore. On n'en compte que trois cas : un de Von Bruns <sup>(1)</sup>, un autre de Jones <sup>(2)</sup> et un autre de Schrœtter <sup>(3)</sup>. Ces tumeurs exceptionnelles étaient, d'après leurs auteurs, extra-laryngées, siégeant au voisinage de l'épiglotte, ce qui se comprend lorsqu'on pense à l'absence de tissu adipeux ; et c'est une considération qui, dans le cas que nous signalons, a une valeur très grande contre notre diagnostic, car la présence d'un lipome là où était notre tumeur semble extraordinaire, sinon, ainsi que le dit Moure <sup>(4)</sup>, probléma-

<sup>(1)</sup> V. BRUNS. — 23 neue Beobachtungen von Kehlkopf polypen. Tubingen, p. 8, 1868.

<sup>(2)</sup> JONES. — Fatig tumour of the larynx (*the lancet*, 23 oct. 1880).

<sup>(3)</sup> SCHRÖETTER. — (*Monatschrift für Ohrenheilkunde*, n° 6, 1884.

<sup>(4)</sup> MOURE. — *Loc. cit.*

tique. Je répondrai simplement qu'à titre exceptionnel on peut trouver ce lipome dans un grand nombre de tissus et d'organes. Virchow en signale dans les muscles, les os, les séreuses ; Cornil et Ranvier en ont trouvé de pédiculés sur la muqueuse de l'estomac et de l'intestin.

L'exposé de ces cas particuliers dont la rareté est justifiée, pouvant à la rigueur présenter quelque intérêt scientifique, on nous excusera de les avoir tirés de nos observations personnelles et parfois incomplètes pour les rapporter ici.

---



### III

## DE L'EMPLOI DE LA FRAISE ET DU TOUR ÉLECTRIQUE DANS LES INTERVENTIONS SUR LA MASTOÏDE ET LE ROCHER

Par **E. LOMBARD**, interne des hôpitaux de Paris<sup>(1)</sup>, et de la Clinique otolaryngologique de l'hôpital Lariboisière.

Nous présentons l'observation d'un malade atteint d'otite moyenne suppurée avec carie du rocher et chez lequel nous avons pratiqué l'opération de Stacke-Zaufal.

En elle-même, cette observation ne présente rien de particulièrement notable. Le malade est actuellement guéri de sa suppuration et les surfaces évidées sont complètement recouvertes et épidermisées. Seule, l'instrumentation que nous avons mise en usage nous semble devoir retenir l'attention.

Cette instrumentation n'est pas nouvelle, certes, et nous n'avons nullement la prétention d'enrichir ou de compliquer l'arsenal chirurgical. Le tour et la fraise électriques sont, en effet, usitées dans toutes les cliniques spéciales. Toutefois, il ne semble pas que les opérateurs aient marqué une grande préférence pour cet instrument. Presque tous s'en tiennent aux gouges de diverses formes et au maillet. La fraise offre-t-elle donc de si sérieux inconvénients, que son emploi ne se soit pas, en quelque sorte, plus vite généralisé? Certes, l'instrumentation est un peu plus compliquée et l'asepsie plus difficile à obtenir; mais surtout le maniement de la fraise, très simple d'ailleurs, est moins familier aux chirurgiens que celui de la gouge et du maillet. Cependant, il nous a paru que, dans bien

(1) Mémoire lu au Congrès de la Société belge d'otologie et laryngologie, Bruxelles, 18 juin 1898.

des cas (sinus à dénuder, dure-mère à explorer, apophyses éburnées), l'opération serait abrégée, facilitée par son usage. Nous nous contenterons de réunir les remarques les plus importantes qui nous ont été suggérées par l'emploi que nous en avons fait.

Nous nous servons d'un moteur électrique actionné par une batterie d'accumulateurs de 15 à 20 volts ou par le courant urbain dont la tension primitive de 110 volts est réduite par un rhéostat. Le moteur est muni d'un levier à déclenchement permettant l'arrêt instantané de la fraise. Relié à l'arbre du moteur par un bras souple, le manche qui supporte celle-ci est droit, entièrement métallique, et peut être maintenu plongé dans une solution antiseptique. D'ailleurs, nous l'enveloppons d'une compresse stérile par surcroît de précaution. Ces fraises sont cylindro-coniques, à talons arrondis. — Nous en avons de deux dimensions. L'une mesure un centimètre et demi de longueur et un centimètre de diamètre à la base. L'autre, un centimètre de longueur et quatre millimètres à la base. La tige qui réunit les fraises au manche est courte et forte.

Les différents temps de l'opération ne diffèrent en rien du procédé habituel. Incision cutanée, rugination du périoste et décollement des conduits membraneux. Où l'apophyse est spontanément trépanée, il y a une fistule. Partant de la fistule et marchant vers le siège présumé de l'autre, on atteint facilement ce dernier. Point n'est besoin de protecteur. On reconnaît l'aditus avec un stylet courbé et l'on attaque franchement avec l'extrémité de la fraise le mur de la logette, la paroi supérieure du conduit osseux. Il est nécessaire de s'arrêter de temps en temps pour tamponner à la gaze la surface osseuse. La fraise est plongée dans une solution antiseptique et brossée pendant les arrêts nécessités par l'hémostase. L'os est usé peu à peu et il est très facile de se rendre compte à chaque instant du chemin parcouru. On arrive progressivement vers l'attique et on découvre ainsi la logette. S'il n'y a pas de fistules, on attaque franchement au lieu d'élection avec la grosse fraise jusqu'à ce qu'on ait ouvert l'antrum. Si l'apophyse est éburnée, l'autre très réduit, mieux vaut, nous semble-t-il ouvrir, d'emblée l'aditus avec la fraise de 3 millimètres; on se dirige ensuite

en arrière vers l'antrum en avant vers l'attique. La grosse fraise, agissant surtout par son plein, est utilisée pour évider la mastoïde autour de l'antrum jusqu'à sa pointe, pour aplanir la saillie de la racine transverse de l'arc zygomatique pour découvrir en la respectant la paroi du sinus si cela est indiqué.

L'opération est très rapide. Toute une mastoïde peut être évidée en quelques minutes. On n'a pas à redouter les échappées possibles avec la gouge même entre des mains exercées.

Les surfaces évidées sont parfaitement arrondies et il est facile, en travaillant du plein et du talon de la fraise, de limer et d'abréger toutes les parties anguleuses.

On a reproché à ces instruments animés d'un mouvement très rapide de s'échauffer facilement. En réalité, l'échauffement est très minime, si l'on n'appuie que modérément, ce qui est indispensable pour faire vite et bien. Le manche doit être tenu d'une main ferme en son milieu : l'index de l'autre main guide la fraise en fixant l'extrémité du manche et s'oppose au déplacement transversal de l'instrument qui ne manquerait pas de se produire s'il n'était solidement immobilisé.

Ainsi conduite, l'opération est simple, facile et la durée en est singulièrement raccourcie. En somme, les avantages principaux de la fraise sur la gouge nous paraissent pouvoir se résumer ainsi :

1° Une plus grande précision. Il ne peut y avoir d'échappées. Elles ne sont pas dangereuses si elles se produisent ;

2° On ne risque pas de blesser les organes à ménager, nerf facial, canal demi-circulaire, sinus, dure-mère. En admettant que l'on atteigne l'un de ces organes, la forme sphéroïdale de la fraise à son extrémité refoule l'organe sans le couper ou l'entamer. Pour abattre le mur de la logette, on peut se passer du protecteur et presque du stylet.

3° On évite l'ébranlement qui résulte des coups de maillet.

4° L'opération gagne en rapidité, ce qui n'est pas à dédaigner dans une intervention toujours longue pour être complète.

5° L'évidement est régulier, il n'y a ni angle, ni aspérités, ni esquilles.

6° Si l'apophyse est éburnée, ce qui est loin d'être rare dans

les vieilles otorrhées, la fraise en vient toujours à bout à la condition que le moteur soit bien actionné et d'une force suffisante.

Nous ferons suivre ces quelques considérations du résumé de notre observation.

Le nommé Glad..., âgé de 49 ans, se présente à la consultation de l'hôpital Lariboisière, le 15 avril, pour une affection d'oreille dont il souffre depuis longtemps. Actuellement, il se plaint de maux de tête et quelquefois, dit-il, de douleurs aiguës. Il paraît avoir été pendant son enfance porteur de végétations adénoïdes qui ont entraîné de la surdité sans écoulement, vers l'âge de 9 ou 10 ans. Pas d'antécédents morbides. Rien à signaler du côté des ascendants.

L'oreille suppure depuis huit ans. Le malade faisait depuis longtemps des lavages boriqués. Il y a huit ou neuf mois, apparurent des phénomènes aigus de rétention avec fièvre, céphalalgie, qui ont motivé une première intervention. On se contenta d'ouvrir l'antra mastoïdien. Depuis cette époque, le malade a conservé une fistule au niveau du siège de la trépanation. Quand il se présente à notre examen, nous découvrons effectivement une fistule mastoïdienne suppurant abondamment. Cette fistule siège sur la face externe de l'apophyse un peu en arrière de la région antrale. La peau est à ce niveau rouge, décollée. Il y a même une véritable lymphangite de la région et du pavillon qu'il faut attribuer à l'absence de tout pansement.

Le conduit est rempli de pus contenant de petites masses blanchâtres de cholestéatomes. Après nettoyage, nous constatons que le tympan est détruit sauf en arrière et en haut où il reste quelques débris. Une vaste perforation occupe tout le segment antérieur. Le fond de la caisse est rouge, recouvert de granulations suppurant.

L'audition pour la parole est nulle, la montre n'est entendue qu'au contact. Le Weber est positif du côté malade. Le Rinne négatif.

En explorant la fistule avec un stylet, nous tombons sur une vaste dénudation osseuse surtout en arrière, ce qui nous conduit à croire que le canal osseux du sinus doit être intéressé. En somme, nous avons tous les signes d'une carie étendue du rocher avec cholestéatome et l'intervention nous paraît indiquée.

Opération le 20 avril. Incision classique à 5 millimètres en arrière du sillon rétro-auriculaire. A l'aide de la rugine, le pavillon

est décollé avec le conduit membraneux et rabattu en avant. Hémostase par tamponnement à la gaze iodoformée. Le stylet explorateur s'enfonce profondément en arrière vers le sinus, au milieu des fongosités et de l'os malade. Il importe de dégager la paroi veineuse. Cette particularité nous engage à nous servir de la fraise.

Le champ opératoire étant bien éclairé par la lampe électrique frontale, nous partons du siège même de la trépanation spontanée et nous nous dirigeons vers l'antre. A l'aide de la grosse fraise de 1 centimètre, celui-ci est découvert rapidement. L'entonnoir ainsi créé est agrandi en arrière ; sans aucun incident, nous arrivons à dégager la paroi sinusienne qui est reconnue saine. La mastoïde est évidée jusqu'à la pointe.

Nous complétons avec la petite fraise en abattant la paroi externe de l'aditus et le mur de l'attique. Ce temps de l'opération est facilement exécuté. On ne risque, en effet, aucune échappée vers la profondeur (facial, canal demi-circulaire). Curettage de la caisse et des surfaces osseuses. Il existe à la fin de l'acte opératoire une cavité partout arrondie dans laquelle l'index promené dans tous les sens ne perçoit aucune aspérité.

Le conduit membraneux est ensuite fendu sur la sonde cannelée jusqu'à la conque et les deux lambeaux formés sont fixés par deux points à la lèvre postérieure de l'incision rétro-auriculaire. L'accollement des lambeaux aux surfaces osseuses est complété par le tamponnement à la gaze du conduit auditif.

Suture de l'incision cutanée et pansement sec.

22 avril. — Température 37°6. L'état général est satisfaisant.

25 avril. — Nous enlevons les points et changeons le pansement.

Les jours suivants, l'état du malade se maintient satisfaisant. Pas de température. Le pansement est renouvelé tous les cinq jours. Chaque fois, la plaie opératoire est touchée avec un petit tampon imbibé d'eau oxygénée. L'épidermisation fait de rapides progrès.

15 mai. — Il n'y a plus de suintement. La mèche iodoformée est sèche.

1<sup>er</sup> juin. — Les surfaces sont entièrement recouvertes. Le fond de la caisse est touché avec une solution de chlorure de zinc au 1/10. Depuis huit jours, le malade a repris ses occupations. Le pansement est réduit depuis plusieurs jours à une simple mèche de gaze modérément serrée, tamponnant le conduit et la conque et recouverte d'un gâteau d'ouate sèche maintenu par une bande.

15 juin. — Le malade peut être considéré comme guéri. L'audition est notablement améliorée. La montre est entendue à 5 centimètres.

D'une façon générale l'opération, nous a paru facilitée singulièrement par l'usage de la fraise. Nul doute que la gouge n'eût fait aussi bien et peut-être aussi vite. Mais, en raison de l'existence et de l'étendue des lésions osseuses en arrière vers le sinus et dans la profondeur, l'emploi de la fraise nous a paru devoir être préféré pour dégager la paroi vasculaire de son canal osseux.

---

#### IV

### FAITS CLINIQUES

Par le Dr **Paul KOCH**, président de la Société des Sciences médicales du Grand-Duché de Luxembourg (1).

Un cas assez curieux de corps étranger de l'œsophage nous est fourni par le malade suivant :

Un vieux chiffonnier, de Weimers-Kinch, arrive en état d'ivresse dans mon cabinet, se plaignant d'avoir avalé un corps étranger dont il ignorait la nature; ce corps étranger ne serait pas descendu dans l'estomac. L'état dans lequel le malade se trouvait ne permettait guère d'avoir une anamnèse exacte. En désespoir de cause, j'introduis dans l'œsophage une sonde anglaise plus ou moins pointue et dure; effectivement, je trouvai au tiers moyen de l'œsophage un obstacle insurmontable. Vous savez tous, messieurs, que les corps étrangers d'un certain volume ne franchissent que difficilement l'œsophage à la hauteur du cartilage cricoïde; mais que, cet endroit une fois passé, ils arrivent facilement jusqu'au tiers moyen de l'œsophage, endroit qui correspond au croisement de l'œsophage avec la bronche principale gauche. Le malade, ayant toujours la sonde dans l'œsophage, devint récalcitrant; l'impatience me prit aussi et je fis avancer la sonde un peu énergiquement vers l'estomac: effort qui réussit.

Je demandai au malade si le corps étranger avait disparu; la réponse fut négative. Voulant alors sortir la sonde de l'estomac, je ne réussis pas d'abord et il fallut employer le même effort en sens inverse de la première fois. La sonde sortie, je vois à ma grande surprise qu'elle avait perforé en son milieu un gros morceau de jambon dur et non mâché. Ce morceau de jambon avait été retiré de l'œsophage avec la sonde, tout-à-fait comme un

(1) Communication lue à la Société le 2 avril 1898.

bouchon est retiré d'une bouteille de vin par le tire-bouchon. Après cette scène amusante, le malade retourna gaiement à sa fête de village.

Un autre cas très intéressant contribue à compléter le chapitre des affections laryngiennes aiguës qui peuvent survenir dans le cours d'une attaque d'influenza.

Un homme robuste, d'une soixantaine d'années, atteint d'influenza, est pris subitement d'accès de dyspnée dont les symptômes démontrent l'origine tout-à-fait laryngienne. Ces accès ont débuté il y a trente-six heures; ils augmentent en nombre et en intensité; ils surgissent au moindre mouvement corporel et sous l'influence d'impressions psychiques: et, chaque fois que l'on tente d'examiner le pharynx et surtout le larynx. Au moment où le docteur Victor Weber et moi nous examinons le malade, la situation était telle que l'opération de la trachéotomie était indiquée. Comme nous n'avions pas d'instruments la main, le docteur Weber pratiqua des injections sous-cutanées de morphine à la partie antérieure du cou; sous l'influence de ces dernières et d'un repos absolu, les accès diminuèrent en nombre et en intensité pour disparaître complètement en deux jours.

L'examen laryngoscopique très difficile avait montré les cordes vocales à peine rougies dans la position continue dite « de phonation ». Il est à noter que, dans les moments de repos relatif, cette position médiane des cordes vocales existait nécessairement aussi, à un degré moindre naturellement, pour atteindre son maximum au moment où l'on introduisait le laryngoscope dans la bouche. Cette image laryngoscopique caractéristique, les intermittences à peu près régulières, la voix à peine voilée, ce type de sténose laryngienne surtout inspiratoire permettaient d'exclure la diphthérie, le catarrhe exagéré, la paralysie totale des cordes vocales. Il ne restait qu'à admettre la laryngite catarrhale combinée avec la crampe des muscles laryngiens adducteurs, crampe dont l'intensité variait. La seule affection avec laquelle on aurait pu confondre la maladie en question, est la paralysie crico-aryténoïdienne postérieure dite paralysie respiratoire du larynx. On sait que les deux affections fournissent la même image laryngoscopique et qu'il existe des exemples où il est tout-à-fait impossible de décider si l'image laryngienne en question est le résultat d'une paralysie crico-aryténoïdienne postérieure ou bien d'une crampe des adducteurs. Vous connaissez sans doute la controverse tou-



jours pendante entre Félix Semon, de Londres, et Krause, de Berlin : le premier prétend que, dans la paralysie récurrentielle, les fibres nerveuses correspondant aux muscles crico-aryténoïdiens postérieurs sont entamées en premier lieu, c'est-à-dire avant les fibres récurrentielles qui innervent les muscles laryngiens adducteurs et que la dite position médiane des cordes vocales avec ses accidents fâcheux est l'expression d'une paralysie crico-aryténoïdienne postérieure. Krause, au contraire, est d'avis que cette position phonatrice des cordes vocales est le résultat d'une crampe des muscles phonateurs du larynx. Ces auteurs sont à la tête de deux camps de spécialistes qui sont en désaccord perpétuel, malgré toutes les expériences faites sur les animaux et malgré toutes les observations cliniques acquises : « et adhuc sub judice lis est ».

Pratiquement parlant, il est fort indifférent que l'image laryngoscopique classique soit le résultat d'une paralysie des muscles laryngiens respiratoires ou d'une crampe des muscles adducteurs phonateurs : Dans les deux cas, la sténose laryngienne existe et il faut la combattre. Dans notre cas spécial, les intermittences et la rapidité avec laquelle le rétrécissement est survenu plaident en faveur de la crampe des muscles phonateurs. Quoi qu'il en soit, en cas pareil on fit bien de pratiquer la trachéotomie d'urgence. Cette petite opération innocente conjure les grands dangers qui menacent le malade, tandis que les injections de morphine, malgré qu'elles aient agi chez notre malade, n'ont qu'une valeur secondaire.

Un autre exemple d'affection nerveuse d'origine centrale, observée dans le cours ou plutôt après l'influenza, est le suivant :

Un camionneur, de Chauxfontaines, âgé de 48 ans, est pris d'une forte attaque d'influenza avec pneumonie concomittente, en même temps que sa femme.

Cette dernière meurt à la suite de la complication pulmonaire, tandis que lui guérit ; il n'avait jamais été épileptique, mais il abusait des boissons alcooliques depuis le décès de sa femme ; il en abusait d'autant plus qu'on lui avait recommandé de bien manger et de bien boire après sa maladie. Il vint consulter, sans parler de sa maladie antérieure, pour des ulcérations de la langue qui l'empêchaient de parler et d'avaler. A l'inspection de la bouche, on s'apercevait que le tiers antérieur de la langue était

séparé au quart des deux tiers postérieurs, que les ulcérations dont le malade se plaignait n'étaient que l'empreinte exacte des dents correspondantes aux deux mâchoires et que le pharynx ainsi que le larynx étaient intacts. Toutes les dents étant saines sans exception aucune, l'image de la langue présentait sur ses deux faces une empreinte anatomique irréprochable de la denture sur le vivant. Enfin l'anamnèse révéla que, de temps en temps, pendant la nuit, le malade avait des cauchemars accompagnés de crampes musculaires, qu'après ces rêves et crampes qui duraient à peu près un quart d'heure, il se réveillait en grinçant des dents et en s'essuyant l'écume de la bouche, qu'après un de ces accès, il avait gardé les ulcérations pour lesquelles il vint consulter; le traitement ordinaire amena la guérison de l'affection locale et les symptômes nerveux ont disparu.

Les deux enfants d'une famille habitant la Madeleine ont donné l'occasion aux docteurs Lehnertz de Rodange et Loutsch de Pétange de confirmer de nouveau le principe posé dans le temps par Morell Mackenzie, avant la découverte de Klebs-Löffler, avant le traitement de Pasteur, Roux et Behring: c'est-à-dire que le diagnostic d'une diphthérie primitive des fosses nasales est toujours d'un pronostic mauvais; aujourd'hui, nous pouvons ajouter à ce principe de Mackenzie qu'il s'agit dans ces cas de poser le diagnostic bactériologique précoce et d'employer de suite les injections de sérum antidiphthérique, le cas échéant.

L'un des enfants en question avait présenté pendant quelques jours un écoulement nasal extraordinaire, ne ressemblant pas du tout à celui d'un coryza ordinaire, sans qu'il ait existé de fausses membranes; malgré tous les traitements ordinaires, le petit malade succomba à l'infection générale. Pour le second enfant qui présentait tout-à-fait les mêmes symptômes cliniques, on pratiqua de suite le diagnostic bactériologique qui révéla le bacille de Klebs-Löffler; après l'emploi du sérum de Roux, la guérison ne se fit pas attendre.

L'expérience prouve du reste qu'en dehors de ces injections sérothérapiques, le traitement local, exécuté avec douceur, est de la plus grande importance et beaucoup plus efficace contre l'infection générale septique que dans les cas de diphthérie pharyngienne et laryngienne.

---

## SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE DE NEW-YORK

SECTION DE LARYNGOLOGIE ET RHINOLOGIE <sup>(1)</sup>.*Séance du 3 mars 1898.**Président : J. WRIGHT.**Secrétaire : T. J. HARRIS.*

1. W. K. SIMPSON. — **Intubation dans la diphthérie.** — Le tubage dans le croup diphthérique est certainement un des progrès les plus saillants de la médecine moderne, et, avec le traitement antitoxique, il a contribué à un abaissement notable du chiffre de la mortalité.

Bien que la trachéotomie réussit dans un certain nombre de cas, l'ennui d'opérer les jeunes enfants, les chances d'infection de la plaie et l'attention nécessitée par le traitement consécutif, faisaient que le chirurgien attendait aussi longtemps que possible pour intervenir. Ces délais étaient très préjudiciables pour les malades.

Avant l'apparition de l'antitoxine, le tubage a sauvé un grand nombre d'existences.

Le moment où l'on doit opérer à une importance vitale, surtout si l'on ne se sert pas de l'antitoxine. D'après la Société de Pédiatrie américaine, 60 % des cas de diphthérie laryngée n'auraient pas besoin du tubage si l'on avait employé l'antitoxine au début de la maladie. Les effets de ce traitement ne se manifestent qu'au bout de 24 heures ; s'ils tardent davantage et que la sténose apparait, on aura immédiatement recours à l'intubation.

Combien de temps le tube doit-il séjourner dans le larynx ? Avant l'emploi de l'antitoxine, la durée était de six à sept jours. Maintenant cette période est réduite à trois ou quatre jours. Personnellement, S., dans la clientèle, préfère laisser le tube dans le larynx pendant cinq jours entiers à moins d'indications contraires.

Les principales indications pour le retrait prématuré du tube,

(1) D'après le *Laryngoscope*, mai 1898.

sont la pression qui pourrait déterminer une ulcération et les quintes de toux dues à l'obstruction du tube par des membranes ; ce qui arrive plus aisément par le traitement antitoxique vu l'exfoliation précoce de la membrane. Parfois, dans ces conditions, il ne sera pas nécessaire de réintroduire le tube. Dans de rares cas, une sténose plus ou moins tenace, force à laisser séjourner le tube pendant une période variant de quelques jours à quelques mois. O'Dwyer définit ainsi la cause de ces sténoses permanentes : elles sont dues le plus souvent à des traumatismes et parfois à des paralysies des cordes vocales. L'accident est dû à la mauvaise construction du tube, ou à sa dimension exagérée pour l'orifice du larynx ou mal nettoyé. La lésion siège près des cordes vocales dans la région sous-glottique du larynx. Exceptionnellement, le traumatisme est produit par la tête du tube des deux côtés de la base de l'épiglotte, près des bandes ventriculaires. O'Dwyer conseille l'usage de tubes en caoutchouc durci pouvant être portés indéfiniment sans donner lieu à des ulcérations ni exercer autant de pression que les tubes métalliques.

Simpson décrit ensuite la technique de l'opération. L'insertion bien effectuée du tube est immédiatement suivie d'une amélioration de la respiration et d'une toux caractéristique, d'un son métallique, due au mucus et à l'air passant au travers du tube. On peut provoquer cette toux en faisant avaler une cuillerée à thé de whisky ou de brandy dilué. Si, après l'introduction du tube, la respiration est plus embarrassée, cela provient de quelque membrane détachée. Ce fait est rare.

Des accidents surviennent aussi quand on introduit l'extrémité du tube dans un des ventricules du larynx ; on y obvie en employant des tubes du modèle le plus récent. Parfois le tube pénètre dans l'œsophage lorsque le malade fait des efforts pour avaler. Quand le tube traverse l'œsophage, il est ordinairement expulsé en l'espace de deux à cinq jours par la voie rectale.

L'extraction du tube est plus délicate que son introduction, elle demande une grande dextérité dans les doigts, surtout quand le tube est petit. Le malade absorbera une petite dose d'opium pour calmer la toux et l'irritation.

Après l'intubation, on nourrit l'enfant en maintenant sa tête inclinée selon la méthode de Casselberry, afin d'éviter que la sécrétion passe à travers le tube et puisse déterminer une pneumonie. L'alimentation sera liquide ou semi-solide.

On surveillera la respiration au cours de la maladie ; si elle est

normale, le pronostic sera favorable, si elle tend à s'accélérer, c'est l'indice d'une extension de la membrane.

Par ce traitement combiné, on obtient des résultats remarquables. Les recherches collectives de la Société américaine de Pédiatrie donnent une mortalité de 27, 24 % dans les cas soignés par le tubage et l'antitoxine, ce qui contraste avec les chiffres d'autrefois qui oscillent de 69,5 à 75 %.

2. D. B. DELAVAN. — **Intubation dans les sténoses chroniques.** — L'auteur dit que O'Dwyer a non seulement inventé, mais perfectionné son art, c'est dans ses travaux que l'on étudie le mieux le développement du tubage, surtout dans les sténoses laryngées chroniques, à propos desquelles il publia un article en 1886. Jusqu'en 1896, environ 100 observations ont été apportées, dont beaucoup de guérisons par la méthode d'O'Dwyer. Quand on essuie un échec, c'est le plus souvent de la faute de l'opérateur.

O'Dwyer a obtenu des succès par le tubage dans les cas suivants :

1. Sténoses cicatricielles dues à des lésions des parties molles du larynx.

2. Rétrécissement de l'espace sis entre les cordes par la tuberculose ou la syphilis.

3. A la suite de la trachéotomie, lorsque la canule a été longtemps portée et que la partie supérieure de la trachée est remplie de granulations.

4. Dans certains cas de papillomes du larynx, mais avec un résultat moins brillant.

5. En cas de membrane laryngienne.

6. Dans les ankyloses et arthrites déformantes des articulations crico-aryténoïdiennes.

7. Dans quelques affections laryngées nerveuses et dans les paralysies bilatérales des abducteurs.

8. Dans les déformations du larynx.

Dans ces divers cas, l'intubation enraye la dyspnée, amène l'absorption par la pression, dilate le tissu contracté, redonne de l'élasticité aux articulations ankylosées ; et dans les cas de paralysie sépare les cordes vocales pendant un temps assez long pour surmonter les difficultés du traitement.

En 1892, O'Dwyer dit que dans les cas chroniques, le tubage serait facilité par l'emploi du miroir laryngien.

Delavan rapporte un cas de dyspnée survenu au cours de l'accouchement chez une malade affectée de sténose laryngienne due

à un épaississement tuberculeux. L'introduction rapide du tube O'Dwyer sauva la mère et l'enfant.

3. C. H. KNIGHT. — **Intubation dans les sténoses aiguës.** — Les brillants résultats du tubage dans la diphthérie ont presque fait oublier son utilité dans les sténoses graves. La scarification est souvent insuffisante pour améliorer l'œdème de la glotte, aussi le tubage serait-il l'opération idéale.

On fera l'intubation.

1<sup>o</sup> Pour les spasmes glottiques.

2<sup>o</sup> Dans les mauvais cas de laryngisme chez les enfants.

3<sup>o</sup> Quand on soupçonnera la présence d'un corps étranger dans la trachée.

En cas de plaies, traumatismes ou fractures du larynx, l'obstruction de la respiration peut être la conséquence de la formation d'un hématome, ou d'un emphysème, ou de l'introduction d'une parcelle de tissu, ou d'un fragment cartilagineux dans les voies aériennes supérieures. Habituellement la laryngite striduleuse réclame une médication générale ou locale, de sorte qu'on a rarement besoin d'intervenir chirurgicalement. Les cas de morts ne dépassent pas le chiffre de six ou huit. L'auteur a employé le tubage dans un cas de spasme laryngien survenu chez une femme d'âge moyen, quelques mois après l'ablation d'une tumeur thyroïdienne. Les crises de dyspnée s'atténuèrent sous l'influence du traitement, mais la malade craignait tellement de perdre la voix qu'elle insista pour être trachéotomisée. L'opération fut faite et la malade porte toujours sa canule.

#### *Discussion.*

H. W. BERG dit que quiconque a observé un grand nombre de cas de dyspnée laryngienne aiguë, en particulier ceux qui compliquent la diphthérie, a remarqué que, dans certains cas, lorsque le tube a séjourné quatre, cinq ou six jours et a été enlevé ensuite, il faut le réintroduire. Cette manœuvre devra être répétée plusieurs fois en raison du retour de la dyspnée. Cette dernière peut persister pendant des mois ; l'auteur a vu un malade obligé de porter son tube durant plus d'une année.

B. a observé plusieurs de ces cas à l'hôpital et un dans la clientèle ; deux fois il a eu la chance de les voir avec O'Dwyer, qui même s'était chargé spécialement d'un d'eux ; malgré le traitement, le malade dut conserver son tube pendant plusieurs mois. O'Dwyer attribuait la dyspnée prolongée à la contraction cicatri-

cielle ou aux adhérences dues aux ulcérations siégeant le long de l'extrémité inférieure du tube, vers le niveau du bord supérieur du cartilage cricoïde. Cette explication doit être exacte, car on a souvent de la difficulté à essayer de réintroduire le tube. Mais Berg a observé des cas où la réinsertion du tube était facile et où la dyspnée devait être imputable aux effets de la pression du tube sur les cordes vocales. O'Dwyer croyait que cette pression ne pouvait amener la paralysie des cordes vocales, qu'il attribuait à la paralysie post-diphthérique.

Le traitement employé par O'Dwyer, dans un cas, consistait à enlever le tube tous les jours pendant un temps assez long et à le remplacer par un plus petit. Ce procédé ne réussit pas toujours et parfois le malade rejette dans une quinte de toux le petit tube.

W. K. SIMPSON, à propos des cas où le tube doit être porté pendant longtemps, dit que O'Dwyer croit que la sténose peut être due à la disparition du cartilage cricoïde. Dans un cas de ce genre soigné par O'Dwyer, l'enfant succomba et à l'autopsie on constata la destruction totale du cartilage cricoïde.

---

*Séance du 27 avril 1898 (1).*

*Président : J. WRIGHT.*

*Secrétaire : T. J. HARRIS.*

**1. W. C. PHILLIPS. — Ulcération tuberculeuse du larynx, du naso-pharynx et du tympan.** — Présente un homme de 26 ans, né au Japon, qui lui a été adressé le 24 mars par le Dr G. R. Elliott. Depuis le mois d'octobre 1897, il tousse et crache. On lui a administré de la créosote par la bouche, et des applications d'acide lactique au larynx. Deux ans auparavant on avait cru à l'existence d'un cancroïde. A l'examen on vit une ulcération limitée au côté droit du larynx et n'affectant pas l'épiglotte. La caractéristique de l'ulcération était l'absence presque totale d'infiltration. La déglutition était aisée, léger trouble de la phonation. On découvrit une ulcération de dimension modérée sur la voûte pharyngée, juste en arrière du vomer, s'étendant de deux côtés à la fosse de Rosenmüller. Vers le 1<sup>er</sup> janvier, apparut un écoulement de l'oreille droite qui persiste encore sans douleur. Destruction étendue de la

(1) D'après le *Laryngoscope*, juin 1898.

membrane tympanique. Les poumons étaient normaux, sauf une légère consolidation du sommet gauche avec prolongation de l'expiration. Sueurs nocturnes modérées, pas d'amaigrissement ni d'élévation de la température. Les crachats contiennent quelques bacilles tuberculeux. Le malade prend continuellement de la créosote depuis le mois de décembre et, durant le mois, dernier il a absorbé des doses croissantes d'iodure de potassium et du fer à doses massives. L'expectoration a diminué de moitié et, si l'ulcération ne s'est pas étendue, l'infiltration a augmenté.

On a essayé dernièrement des frictions mercurielles, mais jusqu'ici on n'a pas eu de résultat. Bien que sa santé ne se soit pas améliorée en apparence, son état général n'a pas empiré. Phillips est plutôt partisan de la syphilis que de la tuberculose. Pas de traitement local.

W. FREUDENTHAL croit à la nature spécifique des ulcérations laryngée et naso-pharyngienne. Il a observé plusieurs cas d'ulcérations tuberculeuses qui toutes étaient douloureuses. Selon toute probabilité, le malade en question a acquis ultérieurement la tuberculose pulmonaire.

PHILLIPS dit que son malade a des sueurs nocturnes et quelques bacilles dans les crachats, mais si cela ne prouve pas nécessairement l'existence de la phtisie pulmonaire, les signes physiques peuvent justifier le diagnostic. L'auteur n'a pas traité localement ces ulcérations qu'il incline à croire spécifiques.

F. J. QUINLAN a vu récemment un cas de tuméfaction aryténoïdienne très prononcée, ayant l'aspect de la tuberculose initiale. Un côté du larynx était intact ; de l'autre côté on voyait une hypertrophie particulière des fausses cordes, et au centre de celles-ci une petite ulcération. Peu de signes subjectifs. L'examen des crachats fournit un résultat négatif.

2. T. P. BERENS. — **Appareil pour appliquer la vaseline au nez.** — Montre un appareil simple et original pour appliquer au nez la vaseline liquide. Il consiste en un tube en T avec une attache se fixant au couvercle d'un tube ordinaire de vaseline. En pressant le tube, un peu de vaseline pénètre dans le tube en T et en comprimant brusquement un ballon de caoutchouc attaché à une branche du tube en T, la vaseline est projetée dans le nez avec une force considérable.

3. R. C. MYLES. — **Kystes de l'épiglotte.** — Présente deux kystes extraits de la surface antérieure de l'épiglotte. L'un d'eux était



si développé que la malade éprouvait de la difficulté pour avaler et respirer. Ablation au serre-nœud afin d'éviter les récidives.

4. T. J. HARRIS. — **Cellulite orbitaire excessive consécutive à une opération de polypes du nez.** — Montre une femme d'environ 30 ans qui vint le trouver au Manhattan Eye and Ear Hospital pour des polypes entraînant l'occlusion nasale. Il remarqua que chaque fois qu'il retirait un polype il causait une douleur prononcée dans la région frontale. Aussi, au bout de quinze jours, décida-t-il de recourir à l'anesthésie générale pour enlever en une fois tous les polypes. Au cours de l'opération on s'aperçut que les polypes envahissaient tous les sinus aussi loin que la vue s'étendait, en tout cas, les deux sinus ethmoïdaux étaient complètement envahis, ainsi que le sinus sphénoïdal. On tenta l'extraction avec l'anse froide, puis on explora les sinus sphénoïdaux et ethmoïdaux avec le doigt désinfecté. Dans les derniers, H. trouva du tissu polypoïde et découvrit que les cellules ethmoïdales minces avaient été presque totalement perforées par la maladie. On fit grande attention pour ne pas causer de lésions au cours de ces manipulations et on réussit à atteindre facilement le globe de l'œil par derrière. L'auteur se borna au curettage antérieur des fosses nasales. Le lendemain matin on remarqua une cellulite s'étendant au maxillaire supérieur, avec une coloration noire. Le malade accusa de vives douleurs dans la région orbitaire et la température monta. En plus de la cellulite existait de l'ophtalmie marquée. Les oculistes de l'hôpital émirent l'avis qu'un caillot s'était formé derrière le globe de l'œil et qu'il faudrait très longtemps pour son absorption. En 8 à 10 jours la douleur cessa complètement. Deux ou trois jours après la paupière supérieure commença à enfler et, à la fin de la troisième journée, on découvrit de la fluctuation. Sous l'anesthésie, H. trouva dans la région de la glande lacrymale un abcès qui laissa échapper beaucoup de pus. Une sonde exploratrice fut introduite dans l'ethmoïde. Actuellement l'œdème de la paupière supérieure a disparu ainsi que la souffrance, mais la plaie n'est pas encore cicatrisée. Jamais le nerf optique n'a été atteint et on n'a vu aucune ecchymose de la paupière. La plus grande partie du pus était située superficiellement, bien que l'affection fût propagée à la région ethmoïdale.

5. J. O. TANSLEY présente un malade opéré trois semaines auparavant d'une **déviatio**n de la cloison.

6. R. C. MYLES. — **Kyste de la voûte palatine et de la fosse nasale droite.** — Montre un malade ayant souffert d'une sténose nasale droite pendant quatre ou cinq ans. Le kyste mesurait environ un pouce  $\frac{3}{4}$  de diamètre horizontalement et verticalement et formait une sorte de canal à travers la voûte du palais. Evidemment l'os avait été absorbé par place. C'était sans doute un kyste dentifère.

7. J. WRIGHT relate un cas extraordinaire qu'il a vu l'été dernier. Il s'agissait d'un homme ayant été soigné dans un dispensaire de New-York, où on lui avait dit qu'il était menacé de mort à tout instant et qu'en cas de dyspnée inquiétante, il devait s'adresser à Wright. Lorsque ce dernier le vit pour la première fois, les quatre cinquièmes du larynx étaient obstrués par un **kyste** ayant la dimension d'une noisette; la dyspnée n'était pas très prononcée. Rien n'avait été fait pour soulager le malade, mais un médecin consulté avait considéré la tumeur comme maligne. L'auteur envoya le malade au Manhattan Eye and Ear Hospital, dans l'attente d'une trachéotomie d'urgence. Etant en route pour l'hôpital, le malade sentit quelque chose se frayer un chemin dans sa gorge et se trouver mieux instantanément. A l'examen pratiqué à l'hôpital, on reconnut que la tumeur s'était affaissée et avait l'aspect typique d'une périchondrite syphilitique œdémateuse. Le malade guérit complètement par le traitement ioduré. Wright n'a jamais entendu parler d'un cas semblable.

8. J. WRIGHT. — **Suppurations de l'antre.** — Présente un malade opéré deux ans auparavant, en Angleterre à travers l'alvéole d'une suppuration de l'antre. Un dentiste de Londres introduisit un obturateur et recommanda au malade de la retirer deux fois par semaine et d'injecter l'antre avec du peroxyde d'hydrogène. L'appareil consistait en une spirale concave renfermée dans une plaque de vulcanite, et construit de manière à faire l'office de corps étranger, extrêmement bien calculée pour entretenir la suppuration dans l'antre. Quand Wright vit le malade pour la première fois, il avait de la fièvre et un écoulement profus à travers le nez. L'orifice était trop étroit pour permettre un drainage. On fit l'opération supra-alvéolaire suivie d'une large ouverture. Le malade se porta bien pendant les huit jours qui suivirent l'intervention, puis fut atteint d'un violent mal de gorge. On prescrivit au malade de conserver un pansement pendant trois semaines. En quinze jours l'écoulement avait cessé.

9. F. A. BOTTOME. — **Traitement de l'enrouement chez les chanteurs et les orateurs.** — Chacun sait que la raucité est commune à beaucoup d'états pathologiques, mais l'auteur insiste sur les soins à donner aux chanteurs enroutés. Ces derniers sont constamment exposés à de brusques variations de température en allant et venant entre leur loge et la scène. Au début, le traitement local sera inutile. Pour faire disparaître la congestion, le malade prendra un bain de pied sinapisé puis se mettra au lit. Après une dose de dix grains de calomel, on pourra donner de l'aconit et appliquer à l'extérieur le rouleau de Leiter. Des pulvérisations pourront être faites dans la gorge. Le malade ne parlera pas, il fera connaître ses désirs par écrit. Vingt-quatre heures de ce traitement suffisent à provoquer une amélioration, on aura alors recours aux toniques. Les préférences de B. sont pour la teinture de chlorure de fer à la dose d'un demi-drachme dans de la glycérine et de l'eau à prendre après les repas. Ce traitement sera continué pendant quelque temps trois fois par jour en augmentant les doses. Si le larynx est congestionné, on pulvérisera du nitrate d'argent. Souvent on voit seulement une ligne étroite congestionnée le long des bords de la corde, alors on appliquera une solution mentholée au moyen d'une sonde. Par cette méthode, le malade se trouve d'habitude si bien qu'il désire essayer sa voix, ce qu'il fera avec modération, dans le médium seulement, en montant et descendant la gamme.

L'accumulation soudaine de mucus, sur ou entre les cordes vocales, est une cause fréquente d'enrouement même chez des chanteurs paraissant se bien porter. On combattra cet inconvénient par des inhalations de menthol prises avant que le malade ait besoin de chanter ou de parler.

Parfois on observe des paralysies temporaires des cordes vocales. L'auteur en a vu deux cas, dont l'un chez un clergyman ayant eu pendant la nuit une quinte de toux qui dura près d'une heure. A l'examen on vit les cordes dans la position cadavérique. L'affection dura six semaines. Le second cas concernait une choriste de l'Opéra qui, après avoir chanté étant enrhumée, vit sa voix disparaître. Pas d'inflammation du larynx, mais adduction impossible. Guérison par la faradisation.

Le traitement des formes chroniques ou de la raucité provoquée par un abus de la voix ne devait pas figurer dans ce travail, mais une exception est faite en faveur des nodules des chanteurs.

Suivant Bottome, ces nodules proviennent d'une mauvaise mé-

thode de chant et disparaissent quand on a rétabli l'émission correcte des sons.

MYLES trouve cette communication très pratique, mais l'auteur a été plus heureux que lui en soignant des choristes. M., qui a une grande expérience du traitement local de la gorge des chanteurs d'opéra, a obtenu les meilleurs résultats dans les cas aigus par une inhalation à la température de 140 à 160° E., de vapeur d'une mixture composée d'une cuillerée à thé de teinture de benjoin dans une pinte d'eau. Souvent, lorsque le médecin insiste pour que le chanteur cesse ses représentations, il lui fait perdre sa position et quelquefois le résultat n'est pas très satisfaisant. M., a remarqué que des chanteurs affectés de sténose nasale, avaient une tendance marquée à avoir des nodules. Dans ces cas, il se sert d'acide nitrique qui amène assez souvent la guérison en trois jours. Quand l'affection nasale s'améliore, la voix redevient meilleure et en six ou huit mois, dans les cas chroniques, les nodules disparaissent entièrement.

QUINLAN dit que dans un travail lu il y a quelque temps devant la section, il a insisté sur la fatigue laryngienne. Nous savons tous que cet état est dû à du surmenage et résulte ordinairement d'avoir négligé l'emploi des résonnateurs des voies aériennes supérieures, nez et sinus. Il se produit un épaissement et les moindres variations de température sont suivies de tuméfaction locale, obligeant le chanteur à forcer ses muscles extrinsèques pour émettre des sons, ce qui, en augmentant l'épaississement, donne naissance aux nodules. Dans ces cas, on attachera de l'importance à la situation de l'épiglotte à la base de la langue à laquelle elle est parfois retenue par une masse de tissu lymphoïde. SolisCohen décrit ce fait comme un emprisonnement d'un certain volume de sons. Chez une personne ayant à lutter contre l'état de son amygdale linguale, l'effort constant pour mouvoir l'épiglotte embarrassée cause de la fatigue avec congestion et hypertrophie des parties. Les fausses cordes sont gonflées et les malades parlent difficilement. Souvent les traitements employés échouent. Si l'on pouvait réduire la masse et rendre la liberté à la valve, on éviterait le surmenage laryngien. L'auteur est partisan du traitement général et opposé à toute irritation pouvant entraîner la congestion, mieux vaut produire des transpirations. On soignera cette glande de la même façon que les fosses nasales, le pharynx et la cavité naso-pharyngienne. Q. relate l'observation d'un homme affecté depuis quelque temps d'un hématome important de la corde; il continuait à chanter à l'Opéra, et était exténué à la fin de cha-

que représentation. On conseilla l'intervention qui fut repoussée par le malade qui guérit toutefois sans avoir recours à la chirurgie, en maintenant seulement ses fosses nasales libres.

B. DOUGLASS a toujours remarqué que chez les chanteurs enrhumés la corde vocale était fort peu congestionnée. Il a expérimenté une grande quantité de remèdes dans une série de cas de laryngites aiguës tant à l'hôpital qu'en ville. L'émétique tartrique l'aconit et la poudre de Dower, la quinine et la belladone lui ont toujours causé des mécomptes. Il en est arrivé à croire que l'essentiel est de maintenir le malade couché à une température égale pendant vingt-quatre heures et de faire trois séances de massage par jour. Le malade sera soumis à la diète liquide. Ce traitement est plus efficace que tous ceux qui ont été employés jusqu'à ce jour. D., a souvent été frappé du fait que, tandis que les cordes ne semblaient pas rougies, leur bord libre était œdématié, et que la muqueuse recouvrant les aryténoïdes était enflammée. Le traitement était surtout dirigé contre la congestion aryténoïdienne. La cocaïne, en tombant, ferait contracter les cordes ; une solution à 4 % suffit pour la région aryténoïde. On pourra employer ensuite une solution de deux grains de chlorure de zinc ou de cinq grains de nitrate d'argent. D. conseille de ne parler qu'à voix basse. Les vaporisations réussissent quand il existe des collections muqueuses sur les cordes.

BOTTOMÉ a limité son mémoire aux cas où les fosses nasales sont dans de bonnes conditions. Dans les cas d'otite moyenne, la membrane tympanique serait violemment congestionnée et il faudrait borner ses efforts à faire circuler le sang dans d'autres parties du corps par de l'aconit ou des bains de pieds sinapisés. On agira de même pour les laryngites aiguës. Les malades devant être exposés aux courants d'air durant vingt-quatre ou quarante-huit heures ne prendront pas d'inhalations et se borneront aux toniques, surtout du fer à haute dose. Les choristes pourront aller sur la scène, mais remueront les lèvres sans chanter tant que leur enrouement n'aura pas disparu. Beaucoup de chanteurs disent aux médecins qu'ils ne veulent pas qu'on emploie sur eux le nitrate d'argent contre lequel ils ont des préventions, non justifiées, puisque ce remède réussit dans certains cas. On obtient souvent un réel soulagement avec une solution de menthol à un drachme par once, en inhalations dans le larynx. Cette catégorie de malades est facilement découragée et la première chose à faire est de leur remonter le moral.

1<sup>er</sup> CONGRÈS HISPANO-PORTUGAIS DE CHIRURGIE

Tenu à Madrid du 18 au 20 avril 1898 (1).

CISNEROS. — **Traitement du cancer du larynx.** — C. dit que le cancer du larynx est une affection locale qui, soignée à temps, doit guérir comme une autre maladie. La marche du cancer intra-laryngé est lente, aussi le principal argument à invoquer contre l'intervention est la gravité de l'opération. Les premiers cas traités chirurgicalement ont donné de mauvais résultats, parce que l'intervention fut tardive et totale, aussi dirait-on que le mérite du chirurgien consistait à ce que le malade ne succombât pas au cours de l'opération. C. cite le cas de Bottini où se déclina une véritable tempête de sang difficile à réprimer. Depuis, on a perfectionné la technique, on fait des résections partielles moins dangereuses et même l'extirpation complète s'effectue mieux. C. a opéré 19 cas : deux extirpations totales, trois partielles, une laryngo-fissure, trois laryngotomies infra-hyoïdiennes. Un des malades qui subit l'ablation totale, mourut à la suite d'une récurrence de la tumeur, l'autre succomba au bout de huit jours à une pneumonie. Les trois extirpations partielles furent suivies de décès ; le premier en quinze jours mourut d'une pneumonie, le second succomba le troisième jour par suite de l'introduction de l'eau dans la trachée, et le troisième mourut le 18<sup>e</sup> jour, la sonde œsophagienne ayant pénétré dans le médiastin, par suite de la maladresse d'un praticien. Deux survécurent quatorze et seize mois, mais le néoplasme se reproduisit, un autre vécut 4 ans et demi sans récurrence et succomba à une pneumonie ; chez un malade opéré en novembre 1891, la récurrence s'est produite récemment. Trois ont été perdus de vue ; quant aux trois autres opérés en janvier dernier, ils sont encore vivants. Sur les trois malades qui subirent la laryngotomie infra-hyoïdienne, un vécut, et les autres moururent au bout de peu de temps.

URRUELA. — On a beaucoup parlé du cancer laryngien, et il reste peu de chose à dire ; les interventions précoces sont difficiles puisqu'elles sont rarement acceptées ; du reste, le plus souvent au début il n'existe que de la raucité sans dysphagie ni douleur, du moins très accusée et on rejette l'opération avec

(1) D'après la *Otorino laringologia española*, juin 1898.

une trachéotomie préliminaire. Dans un cas récent, vu aussi par Forns, un confrère avait émis des doutes sur l'existence d'une tumeur intra-laryngienne. La lésion était limitée à la moitié gauche de l'organe (repli ary-épiglottique, bande ventriculaire et épiglote). L'intervention immédiate fut proposée, mais repoussée. Un autre spécialiste tenta d'extraire la tumeur avec une pince et vit survenir, à la suite de ses tentatives, de la périchondrite et de l'infiltration. U. consulté déclara la tumeur inopérable.

Au début de la maladie, l'intervention est limitée et sans danger, mais, en général, les opérations ont lieu tard, quand il existe de l'infiltration et de l'infarctus ganglionnaire, et s'effectuent mal, puisqu'on enlève des parties insuffisantes (thyroïdes ou cricoïdes), aussi la survie de ces opérés est-elle moindre que celle des trachéotomisés. S'il faut intervenir, on retirera tout le larynx et les ganglions correspondants, ou bien on se bornera à la trachéotomie. Souvent on râcle la tumeur afin d'en extraire un fragment pour l'examen histologique, c'est un procédé qu'il faut proscrire, attendu qu'il avive l'affection.

Forns distingue le cancer endo-laryngien du cancer extra-laryngien. Pour le premier, il faut faire un diagnostic précoce dès que le malade se plaint d'être un peu enrôlé. L'examen du larynx et l'examen histologique du papillome nous renseigneront sur le diagnostic et l'opportunité d'une opération endo-laryngée. Lorsque le malade accuse de la douleur et que le diagnostic est aisé, il est déjà trop tard pour intervenir par les voies naturelles, et il faudra recourir à la laryngo-fissure avec extirpation de la tumeur, à l'ablation partielle ou totale du larynx, suivant l'extension de la tumeur. Quand celle-ci est extra-laryngée et qu'il existe de l'infarctus ganglionnaire, il est préférable de se borner à la trachéotomie pour combattre les symptômes accompagnant la sténose laryngienne.

---

#### SOCIÉTÉ HONGROISE D'OTOLOGIE ET LARYNGOLOGIE

*Séances des 24 février et 3 mars 1898 (1).*

*Président : V. NAVRATIL.*

*Secrétaire : POLYAK.*

**1. ONODI. — Présentation d'une coupe cérébrale provenant d'un nouveau-né ayant une perforation, mais ayant conservé la phona-**

(1) D'après le compte-rendu du Dr POLYAK.

**tion.** — Le Prof. Tauffer eut la bonté de me confier le nouveau-né qui, après l'extraction, respirait et criait. A l'examen du cerveau on reconnut qu'à côté des lésions des hémisphères, le cerveau était séparé de la moelle sur la hauteur des quadrijumeaux antérieurs. Les quadrijumeaux postérieurs et le pont de Varole sont intacts, les parties voisines des quadrijumeaux antérieurs et des pédoncules cérébraux sont détruites.

Ces remarques faites sur un cadavre humain concordent avec nos recherches sur les animaux chez lesquels, en détachant complètement le tronc cérébral sur la hauteur des quadrijumeaux antérieurs, la phonation persiste.

O. montre une coupe cérébrale sur laquelle la section de la moelle au-dessus de la région du vague détermina la perte de la phonation et ne laissa subsister que la respiration.

**2. ONODI. — Nerfs laryngiens respiratoires et phonatoires.** — Pièce provenant d'un cheval, démontrant que l'on a pu suivre les faisceaux isolés respiratoires et phonatoires dans le tronc du récurrent au cou, à la partie supérieure de la poitrine, par les relations sympathiques dans le tronc du vague ; et ayant permis de reconnaître que la double fonction du larynx, la respiration et la phonation s'effectuent par la transmission des centres musculaires aux faisceaux nerveux isolés.

La longueur des faisceaux laryngiens isolés respiratoires et phonatoires atteint 66 centimètres, jusqu'aux points sympathiques où ils se rejoignent. Sur le trajet se détachent des rameaux trachéaux. Les faisceaux isolés respiratoires et phonatoires dans le tronc du vague ont 22 centimètres de long et sont faciles à suivre. La difficulté de l'isolement réside dans la courbe formée par le récurrent à l'origine du vague pour atteindre le larynx au-dessous des gros vaisseaux entre la trachée et l'œsophage.

Là sont les relations sympathiques, l'anse de Vieusseni et les rameaux cardiaques.

**3. V. NAVRATIL. — Observations de cordite vocale inférieure hypertrophique.** — I. B. J., 15 ans, paysan. Enroué depuis quatre mois, son état s'est beaucoup aggravé depuis cinq semaines. Difficulté pour respirer, et, depuis huit jours, accès de dyspnée. Le 8 janvier 1898, trachéotomie basse avec anesthésie par infiltration de Schleich.

Les deux cordes vocales sont pâles, légèrement épaissies, mobiles. Au-dessous des cordes vocales, des deux côtés bourrelets



d'un rose pâle obstruant l'ouverture au point que même lors de la plus profonde inspiration il ne subsiste qu'une fente large de 3 millimètres. Diagnostic : cordite hypoglottique hypertrophique simple. Depuis quinze jours on pratique l'intubation et la fente est déjà élargie de plus d'un millimètre.

II. K. S., 37 ans, journalier. Reçu pour la première fois le 24 février 1897. A cette époque, il était enroué depuis neuf mois et avait la respiration courte. On diagnostiqua une laryngite hypertrophique hypoglottique. Les cordes vocales se meuvent librement mais l'espace sous glottique est rétréci par la tuméfaction rose pâle des muqueuses de la région sous cordale et de la paroi pharyngée antérieure. Par suite d'étouffements, on pratique la trachéotomie dans la nuit du 28 février. Le malade demeure quelque temps dans le service, puis il quitte l'hôpital portant une canule. Il a repris son travail, mais depuis quelques semaines il se plaint de douleurs dans le larynx et en avalant.

Rentrée dans le service le 18 février 1898. Pas trace de syphilis, la poitrine est intacte. L'aspect laryngien a changé depuis l'an dernier. Les cordes vocales sont épaissies, d'une pâleur sale. La muqueuse recouvrant les cartilages aryénoïdes est gonflée. L'articulation crico-aryénoïdienne gauche ankylosée, la corde vocale gauche immobile. Au-dessous de la corde vocale, le larynx est rempli par un tissu rigide, jaune pâle, serré, obstruant l'orifice. Intubation impossible, c'est à peine si sous l'influence de la coëne on peut introduire une bougie élastique.

Diagnostic : sclérome. Vu l'insuccès du bougirage on fera la laryngofissure.

III. L. O., 58 ans, pharmacien, admis le 18 février 1898. Enrouement remontant à six mois, respiration courte depuis six semaines avec légers accès de suffocation. Battements de cœur il y a quelques années. Hypertrophie du cœur gauche avec dyastolie. Endocardite et endoartérite chronique déformante.

Les deux cordes vocales sont mobiles. Au-dessous, tuméfaction dans l'orifice laryngien ; les cordes se touchent pendant la phonation. Voix rauque, inspiration difficile, bruyante. Malgré les dénégations du malade, l'hypertrophie de la muqueuse fait songer à syphilis. En effet, des frictions d'onguent gris sur le cou et l'iodeure de potassium à l'intérieur font régresser l'hypertrophie.

ZWILLINGER. — Je me suis occupé de cette question dès 1887, dans un article publié dans la *Wiener Klin. Wochens.* J'ai parlé des affections produisant ces bourrelets sous-glottiques et ai trouvé que la dénomination n'était juste qu'au point de vue clini-

que. Nos connaissances étaient encore incomplètes : depuis, Størk a écrit dans son récent ouvrage que la blénorrhée décrite par lui n'est autre chose que le sclérome. Je ferai observer que dans quelques cas de bourrelets scléromateux, on remarque des signes d'atrophie importants au point de vue diagnostique.

On est en présence de sclérome dans les deux premières observations, mais dans la troisième je crois qu'il s'agit d'une périchondrite syphilitique.

BAUMGARTEN, d'après ce qu'il a entendu, voit que Navratil, chez le second malade, n'a pas grande confiance dans le tubage et veut pratiquer l'excision complète.

B. est d'avis qu'un procédé complète l'autre, car nous savons que le sclérome, même localisé au larynx, ne guérit pas radicalement par l'excision et que des récidives surviennent. *Sokolowski* conseille dans ces cas de faire suivre l'extirpation de l'intubation, ce qui est facile. B. est également partisan de l'excision puisque par la suite on peut recourir au tubage.

POLYAK. — Je désire ajouter quelques réflexions générales sur le diagnostic bactériologique du sclérome. La présence de bacilles dans les sécrétions ou les cultures n'est pas une garantie pour le diagnostic, car les bacilles du sclérome de Fresch, ainsi que le bacille de Friedlaender, ou les coques de l'ozène de Læwenberg et les diplobacilles de Fraenkel-Weichselbaum se rencontrent aussi dans la sécrétion normale des muqueuses des voies aériennes supérieures. Les bacilles du sclérome n'ont une véritable importance diagnostique que lorsque nous les trouvons dans le tissu des coupes à l'aide de procédés de coloration caractéristiques, et surtout quand nous les rencontrons dans les cellules de Mickulicz ou dans les fentes lymphatiques. Comme au début du sclérome, il est rare que nous puissions pratiquer une excision, le diagnostic positif est très malaisé et la plupart du temps nous devons nous contenter d'un diagnostic probable basé sur les symptômes cliniques.

MORELLI a été le premier en Hongrie à décrire un cas de ce genre, et Babes et Hutyra ont constaté une atrophie centrale dans le tissu extirpé des tumeurs nasales et pharyngées. Plus récemment, M. après avoir incisé la tumeur a recueilli du pus sur une aiguille stérilisée, l'a plongé dans la gélatine et a obtenu des cultures pures ; aussi croit-il que l'examen histologique est superflu, de simples cultures suffisent pour éclaircir le diagnostic douteux.

NEMAL. — Il ne faut pas confondre la cordite vocale inférieure hypertrophique avec le sclérome. Je me souviens d'un malade at-

teint de sténose qui s'améliora à la suite de la trachéotomie, il se produisit un mieux immédiat et la tuméfaction se résorba. L'origine est parfois le sclérome, mais dans d'autres cas on observe une hypertrophie du tissu cicatriciel de cause ignorée et des bourrelets qui sont dus à l'irritation entretenue par la canule après la trachéotomie. Je soigne actuellement une jeune fille trachéotomisée pendant son enfance, on distingue sur le troisième anneau trachéal et au point d'introduction de la canule deux bourrelets, qui, s'ils étaient situés plus haut, donneraient l'impression d'une cordite inférieure hypertrophique. Au point de vue clinique, le sclérome est une tumeur bosselée, tandis que la cordite inférieure hypertrophique est lésée et semble un épaississement de la corde vocale.

POLYAK. — Je n'ai pas dit qu'il était difficile dans la plupart des cas de faire la sélection des bacilles du sclérome dans les cultures. Morelli m'a mal compris ; moins antiseptiquement on recueillera la sécrétion et plus sûrement on reconnaîtra les bacilles ; mais j'ai dit que ce n'est que lorsque nous le trouvons dans des coupes de cellules de Mickulicz que le bacille a une importance réelle.

MORELLI. — On trouve aussi des bacilles dans le tissu.

NAVRATIL. — Le tubage est indiqué dans la cordite vocale inférieure hypertrophique qui n'est pas de nature scléromateuse et où la dilatation peut amener la guérison. Nous savons que le sclérome, au contraire, ne guérit pas par la dilatation dont les effets ne sont que transitoires. Aussi conseillerai-je l'extirpation dans les cas de sclérome ; jusqu'à présent sur trois cas opérés je n'ai observé aucune récidive.

4. V. NAVRATIL. — **Papillomes multiples ayant récidivé cinq fois.** — J'ai retiré quatre fois en 1891, 92, 93 et 95 des papillomes du larynx au nommé B. K., tailleur, âgé de 25 ans.

Les deux premières fois, le papillome siégeait à la commissure antérieure, la troisième fois dans le ventricule de Morgagni gauche, au voisinage de la commissure, et la dernière fois au même point, mais dans le ventricule droit. A chaque intervention on enlevait un papillome gros comme une noisette. Après l'opération, le malade quittait l'hôpital avec le larynx dégagé, les cordes vocales et la voix intactes. Mais le papillome récidivait sans cesse.

Quand le malade revint pour la cinquième fois, la partie supérieure du larynx renfermait plusieurs papillomes gênant la respiration et la déglutition. Je vais pour la dernière fois les exciser par la voie endo-laryngée, mais s'ils récidivent, je fendrai le larynx et

extirperai aussi la muqueuse basale, ce qui m'a pleinement réussi dans de nombreux cas. Je ferai remarquer que les papillomes ne se sont multipliés qu'à la dernière récurrence.

POLYAK pose une question au point de vue de la pathologie générale. Navratil prétend que l'excision des papillomes et de leur muqueuse basale par la laryngofissure prévient toute récurrence. Nous avons observé le même fait par des interventions intra-laryngiennes en employant des instruments tranchants sectionnant le papillome à sa base, mais de nouveaux papillomes peuvent reparaître, même à une certaine distance des premiers.

NAVRATIL n'est pas d'avis, dans les cas de papillomes isolés, de fendre le larynx et d'extirper la muqueuse pour empêcher la récurrence, car on peut obtenir le même résultat par la méthode endolaryngienne; mais dans les cas de papillomes multiples, on excisera toute la muqueuse laryngienne pour empêcher la récurrence.

5. V. NAVRATIL. — **Paralysie de la corde vocale consécutive à l'extirpation d'un goître.** — V. J., 22 ans, domestique, reçu le 24 décembre 1897. Le 11 janvier 1898, on extrait un goître gros comme le poing, existant depuis trois ans, par l'incision transversale de Kocher sous l'anesthésie par infiltration de Schleich. Au cours de l'opération, on retire aussi un fragment du récurrent gauche mesurant 2 centimètres et demi et enclavé dans le kyste. Depuis l'intervention, le larynx est demeuré intact, à part une paralysie récurrentielle gauche complète. Dans les derniers temps, l'électrisation a provoqué une amélioration notable. Les fonctions de la corde vocale et de l'articulation crico-aryténoïdienne sont presque normales. Je crois que les extrémités des nerfs se sont de nouveau réunies. J'ai déjà observé après vingt strumectomies des paralysies analogues qui rétrocédaient ensuite.

6. V. NAVRATIL. — **Trachéotomie dans la périchondrite tuberculeuse.** — Journalière âgée de 32 ans, ayant séjourné à l'hôpital du 26 juillet au 22 août 1897.

La malade est reçue pour des accès de suffocation. Trachéotomie immédiate. La sténose laryngienne est produite à part l'ankylose de deux articulations crico-aryténoïdiennes par le gonflement inflammatoire des deux ventricules et des replis ary-épiglottiques, surtout du côté droit. Catarrhe des deux sommets, particulièrement à droite. La malade est enceinte de six mois. Température du matin 37,6, le soir 38,8, les crachats ne contiennent pas de bacilles. Sous l'influence du traitement, la fièvre a

cessé et la sécrétion a diminué. La tuméfaction du larynx et l'an-kylose de l'articulation crico-aryténoïdienne gauche ont disparu dès la troisième semaine. La malade peut respirer quand la glotte est ouverte et la canule fermée. Au bout de quatre semaines, elle quitte l'hôpital, mais en raison de l'état de grosseur avancée et des couches qui peuvent aggraver l'affection tuberculeuse du larynx, je laisse la canule et recommande à la malade de revenir après sa délivrance. Cet événement s'est produit il y a deux mois, et maintenant le larynx est absolument sain, à part la motilité restreinte de l'articulation crico-aryténoïdienne gauche.

7. POLYAK. — **Syphilis laryngée gommeuse.** — Homme de 42 ans, employé dans des mines de charbon, entré le 10 février 1898 à l'hôpital Saint-Jean. Le 10 avril 1897, en travaillant au fond d'une fosse, il est resté plongé dans l'eau jusqu'à la ceinture; le lendemain il est pris de maux de gorge et, deux mois après, sont apparues la raucité et la dyspnée. Peu à peu le malade avala avec peine et la toux survint la nuit, accompagnée de violents maux de tête. Ni crachats sanguinolents, ni fièvre, ni sueurs. En juillet et en novembre, accès d'oppression. La dyspnée a augmenté, le malade crache beaucoup, n'a pas d'appétit et maigrit. Ulcération de nature inconnue vingt-deux ans auparavant, jamais de traitement mercuriel.

Le 11 février 1898, le malade n'a pas de fièvre, mais il a perdu l'appétit. Dyspnée et douleurs à la déglutition, le larynx est très sensible quand on le palpe extérieurement. Légère parésie du côté gauche du voile. L'épiglotte a augmenté trois fois de volume, très infiltrée, revêtue de muqueuse injectée couleur pourpre, porte au milieu de son bord une perforation cicatricielle en coin, et tout près un fragment cartilagineux à bords cicatriciels recouverte d'une muqueuse tuméfiée injectée. Sur le bord libre et à la partie pétiolaire de l'épiglotte, la muqueuse est transparente et brille comme de la graisse. Le cartilage aryténoïde, les ligaments aryépiglottiques, les ventricules et les cordes vocales sont très infiltrés et injectés et rétrécissent notablement le haut et le milieu du larynx.

Le diagnostic était hésitant entre la syphilis et la tuberculose. Malgré un ramollissement du sommet je m'arrête à la syphilis. Je ne décrirai pas ici l'aspect de cette forme de syphilis laryngée gommeuse, ayant l'intention de m'étendre ultérieurement plus longuement sur ce sujet.

Le malade a reçu jusqu'ici trois injections de sublimé à espaces

de cinq jours, à la dose de 0,05, préconisée par Lukasciewicz et Irsai, la dernière injection a été faite il y a deux jours. Les douleurs à la déglutition ont disparu en deux jours, l'état général s'est beaucoup amélioré, seuls les liquides déterminent encore quelquefois la toux, la dyspnée s'est notablement amendée, l'appétit est meilleur, le larynx n'est plus sensible, toux rare pendant la nuit et cessation de la céphalalgie.

La tuméfaction laryngienne a diminué, mais l'affection n'est pas complètement enrayée.

8. POLYAK. — **Tumeur de la fosse nasale droite.** — Femme de 45 ans reçue le 21 février. La maladie débuta il y a six ou sept ans au cours d'une grossesse sous forme de coryza avec obstruction nasale temporaire et continua après la délivrance. Il y a deux ans, un confrère de province constata l'existence d'une tumeur nasale grosse comme une lentille, il tenta deux fois l'extraction avec le serre-nœud, mais ne put la saisir, de violentes hémorragies survinrent et le nez s'oblitéra de plus en plus. Un autre confrère de province extirpa, il y a dix mois, en plusieurs séances avec la pince des parcelles nasales tuméfiées, cette opération donna lieu à une violente hémorrhagie. Trois jours après l'intervention, violents maux de tête qui persistèrent trois semaines. Depuis, la tumeur a augmenté, le nez est devenu plus gros et la narine gauche s'est bouchée.

Examen le 22 février : la fosse nasale droite est très gonflée à l'extérieur, dans l'orifice nasal droit tout à fait en avant se trouve une tumeur épaisse assez lisse, érodée à la pointe, saignant peu, remplissant complètement le nez et comprimant la cloison à gauche. On peut entourer la tumeur avec la sonde par le haut, par le bas et au milieu, mais vu sa dimension il est impossible de la saisir avec l'anse, et en arrière du côté des choanes elle forme une tumeur grosse comme une noisette dans l'espace naso-pharyngien.

Par le sondage, on reconnaît que la tumeur provient du cornet inférieur extraordinairement hypertrophié. Quant à la nature de la tumeur, c'est peut-être un fibro-sarcome. J'en ai excisé avant-hier un fragment important avec la curette pour faire l'examen histologique. Selon le résultat de cet examen, on décidera du mode opératoire.

MORELLI. — Je demande quelle est l'opération indiquée par Polyak, car je suis intervenu dans des cas semblables. La tumeur est si importante, qu'il faut se demander si l'on doit choisir le procédé de Langenbeck ou la méthode que j'ai employée, quand après

la résection de la voûte palatine j'ai perforé la tumeur avec un tour. J'ai fait cette opération il y a sept ans et le malade peut toujours travailler.

POLYAK dit que cliniquement la tumeur semble un fibro-sarcome, l'examen histologique n'est pas encore terminé ; et c'est seulement quand on en connaîtra le résultat que le Dr Ludwik décidera par quel moyen il opérera.

9. KREPUSKA. — **Ostéite mastoïdienne non otitique.** — L. J. 58 ans, souffre depuis deux mois de bourdonnements de l'oreille gauche. Il y a dix jours sont apparus des maux de tête, et au-dessous du pavillon de l'oreille une tuméfaction augmentant de volume chaque jour. Jamais auparavant le malade n'a eu d'écoulement ni de maux d'oreille.

Etat actuel : Oreille droite intacte. Sur le temporal gauche on voit un gonflement s'étendant à la partie inférieure du pariétal et à la base de l'apophyse mastoïde, repoussant le pavillon, grosse comme un poing d'enfant, la peau du pavillon est normale à part une légère rougeur derrière et au-dessus, elle est plus dure sur les bords, peu fluctuante en arrière du pavillon et assez sensible à la pression. Par suite de l'enflure de la paroi supérieure, le conduit auditif externe est très rétréci, de sorte que l'œil ne peut y pénétrer qu'après qu'on a relevé la paroi supérieure avec la sonde. La peau du conduit auditif externe est normale, non macérée, recouverte d'un léger exsudat semi-liquide. En raison de la tuméfaction, il est impossible de distinguer le tympan. La partie médiane de l'apophyse mastoïde est un peu tuméfiée, mais l'extrémité osseuse est revêtue d'épithélium normal et insensible. Rien du côté de la jugulaire et du cou. Pas de fièvre.

La situation de l'abcès et l'absence de signes de suppuration aiguë de la caisse et d'une ancienne affection auriculaire prouvent qu'on a affaire ici à une inflammation osseuse primitive du rocher et peut-être plutôt de la paroi squameuse. Il est probable que c'est une ostéo-périostite syphilitique superficielle ou une ostéite tuberculeuse. L'opération fournira un diagnostic définitif.

10. POLYAK. — **Nécrose syphilitique du vomer.** — Pièce provenant d'un homme de 34 ans qui me consulta pour la première fois le 23 janvier 1897. Le malade contracta il y a trois ans une syphilis grave qui donna lieu à des éruptions réitérées malgré plusieurs cures mercurielles. Deux ans auparavant, apparition de céphalées incessantes et d'insomnies, en même temps des croûtes

fétides sortent du nez. En quelques mois, ces accidents cessent. Depuis un an les maux de tête et les croûtes ont reparu, une odeur infecte s'échappe du nez. Parfois aussi le malade crache des croûtes sèches du pharynx nasal et du nez. On l'a traité comme un ozéneux et on a reconnu aussi une perforation de la cloison cartilagineuse.

Après avoir nettoyé le nez qui est rempli de croûtes fétides et dont la muqueuse ulcérée saigne facilement, on voit que la cloison cartilagineuse est intacte, mais par contre la cloison osseuse est entièrement détruite. Le vomer est encastré dans des croûtes et entièrement détaché dans la cavité nasale postérieure, on le remue aisément avec la sonde.

Le malade très poltron refusa toute opération et prit pendant dix semaines de l'iodure de potassium à haute dose, se lava le nez plusieurs fois par jour et alla travailler à la campagne. Il revint le 21 novembre, la mauvaise odeur du nez avait complètement disparu ; les ulcérations étaient cicatrisées. J'ai saisi les gros os avec une pince, les ai repoussés dans la narine gauche, puis je les ai retirés à travers l'orifice nasal.

L'os était nécrosé et d'un côté il portait un éperon assez important.

11. ZWILLINGER. — **Polype hémorrhagique de la cloison.** — L'auteur montre une pièce provenant de la narine droite d'un homme de 50 ans qui vint le trouver pour une obstruction nasale datant d'un an, lui coupant souvent la respiration, et provoquant des hémorrhagies du côté droit. Par la rhinoscopie antérieure, on vit une tumeur d'un bleu rougeâtre occupant la plus grande partie de la portion antérieure de la fosse nasale droite, par le sondage on reconnut qu'elle provenait de la surface droite de la cloison cartilagineuse. L'ablation de la tumeur avec le serre-nœud fut suivie du retour de la respiration. Le Dr Polyak se chargera de l'examen histologique de la tumeur que Z. considère comme un polype hémorrhagique.

12. SZENES. — **Occlusion d'une perforation tympanique obtenue par des cautérisations à l'acide trichloracétique.** — J. G., 29 ans, employé de banque, se présente le 16 novembre 1896 ; depuis l'âge de 11 ans, otorrhée gauche consécutive à la scarlatine qui a résisté à tous les traitements employés ; la suppuration cessait pendant quelques jours pour récidiver ensuite. Le malade fut soigné par plusieurs confrères de Budapest et à la Polyclinique de Gottstein à Breslau.



Oreille droite normale.

A gauche, on voit au fond du conduit auditif externe du pus verdâtre ; après le lavage et l'assèchement de l'oreille on distingue une perforation grosse comme une lentille sur la moitié postérieure du tympan. Au moyen d'une sonde de Meyer introduite à travers la perforation, on reconnaît qu'il n'existe ni carie, ni nécrose des osselets ou des parois de la caisse ; au moyen du miroir intratympanique de Botey je m'assure de l'absence de végétations sur la muqueuse de la caisse.

Pouvoir auditif normal à droite. A gauche la montre n'est perçue que contre l'oreille, au moyen de la conduction osseuse ; C4, C3 et C2 sont transmis par la conduction aérienne, après avoir frappé avec le marteau à percussion et C1, C et A ne sont perçus que par les os, le chuchotement n'arrive pas à l'oreille gauche, la voix normale est mieux entendue par le cornet acoustique. Malgré cette divergence apparente dans l'audition des deux côtés, le malade ne latéralise pas plus par une oreille que par l'autre les tons du diapason vertex.

Il s'agit donc d'une otite moyenne suppurée chronique gauche, affection trop fréquente à la suite de la scarlatine.

Au début on lava et on sécha l'oreille gauche, puis on y introduisit des bandes de gaze d'abord sublimée puis iodoformée, la suppuration s'atténua au point que je pus pour la première fois, le 21 décembre, cautériser à l'acide trichloracétique les bords de la perforation tympanique. Le lendemain il se produisit un léger suintement de la caisse qui fut arrêté en deux jours par des irrigations. Les cautérisations successives eurent lieu les 2, 13, 24 et 29 janvier et les 6 et 13 février 1897 et furent suivies d'une sécrétion minime, la perforation se rétrécit de plus en plus et finit par s'oblitérer totalement le 27 février. Depuis j'ai revu le malade quelquefois et aujourd'hui, au bout d'une année, il se trouve parfaitement. La suppuration de la caisse est complètement enrayée, à la place de la perforation tympanique on voit une cicatrice brillante adhérente à la paroi interne de la caisse et qui ne remue pas, même sous l'influence du spéculum pneumatique de Siegle. L'état de l'audition a peu varié. Si l'on songe que pendant 18 ans le malade avait souffert d'une suppuration de la caisse, qui ne cessait qu'à de rares intervalles, tandis que la perforation permanente du tympan se reproduisait très fréquemment, la cicatrisation peut être considérée comme une guérison.

L'acide trichloracétique a été découvert par Dumas en 1839 et bientôt employé pour des cautérisations par divers spécialistes.

Okuneff, en 1893, attira de nouveau l'attention sur son pouvoir curatif dans les affections de l'oreille, du larynx et du nez, s'appuyant sur les résultats obtenus six ans auparavant par S. von Stein. Hal'asz en 1896 et Gomperz à la réunion des otologistes autrichiens (juin 1896) ont vanté les mérites de ce produit ; Alt publia les expériences faites à la clinique de Gruber à Vienne, et enfin Barnick vanta les mérites de l'acide trichloracétique dans l'occlusion des perforations tympaniques, d'après des observations recueillies à la Clinique otologique de Habermann, à Graz.

Tous les auteurs s'accordent à reconnaître le pouvoir régénérateur de l'acide trichloracétique, mais il faut signaler la douleur produite par son application et qui persiste malgré qu'on fasse précéder la cautérisation de l'anesthésie cocaïnique. Mais ordinairement la sensibilité dure peu, le plus souvent à peine dix minutes.

Scherjeninoff a fait à l'Institut Pathologique de Fribourg en Brisgau des recherches expérimentales sur la réaction consécutive aux cautérisations et il conclut que l'usage de l'acide trichloracétique aux consultations externes n'est pas contre indiqué.

KREPUSKA a essayé ce remède et a vu les malades de Gomperz. Si certaines perforations se ferment sans employer l'acide trichloracétique, il en est aussi qui résistent à ce moyen. Ce n'est pas un spécifique.

On peut se demander aussi quelle est la valeur de l'occlusion si l'ouïe n'en retire aucun bénéfice.

Je crois que Szenes fait erreur en croyant que la fermeture de la perforation entraîne la cessation de la suppuration. L'oblitération du tympan n'est indiquée que lorsque l'affection a évolué dans la caisse et que l'oreille n'est plus irritée ; sans quoi il peut survenir une inflammation durant un mois et la cautérisation n'aurait aucun effet. Szenes signale du reste la nécessité de la cocaïnisation préalable afin de calmer la douleur.

On peut employer de deux manières l'acide trichloracétique. Stein se sert des cristaux, Gomperz trempe un tampon d'ouate dans une solution concentrée d'acide hygroskopique et touche avec précaution les bords de la perforation en évitant la muqueuse de la caisse. Gomperz rapporte un cas de restauration des couches externe, interne et moyenne du tympan. Mais les cautérisations à l'acide trichloracétique comme les autres empêchent le tympan de se souder, la partie cicatricielle se trouvant entre les couches épithéliales externes et les couches muqueuses internes, la membrane tympanique est détruite et il se forme une nouvelle surface de la plaie avec des vaisseaux se prolongeant ; à la place du tympan se

forme une membrane ressemblant à du papier à cigarette huilé, très rétractée, immobile et transparente au point que l'on distingue au travers la teinte humide du promontoire, comme si la membrane n'existait pas. Voilà le côté physiologique de l'action du médicament que je n'emploie plus, obtenant les mêmes résultats par d'autres moyens.

Pourquoi fermons nous une perforation tympanique ? Une scarlatine peut provoquer de vives douleurs d'oreille, même attaquer les os, et il est indifférent pour l'ouïe que le tympan soit clos ; Gomperz a dit qu'il fallait choisir les cas où l'on provoque l'occlusion ; par exemple les perforations dans lesquelles l'insertion de tampons glycinés donne lieu à des troubles auditifs passagers, où quand la perforation est accompagnée de bourdonnements qui cèdent à l'oblitération. Certaines perforations sont nécessaires et jouent le rôle d'une soupape de sûreté. On peut préserver la caisse avec de l'ouate. Dans combien de cas Szenes a-t-il employé l'acide trichloracétique ?

SZENES. — Dans 46 cas, vingt et une fois l'occlusion fut complète, huit malades sont encore en traitement ; sur les dix-sept autres, une partie a renoncé à la cure et le reste n'a pas guéri.

KREPUSKA. — Ce sont de beaux résultats et il est fâcheux que Szenes ne puisse montrer ses malades ; mais on se demande si, par les moyens simples tels que le nettoyage et la cautérisation des granulations, on n'aurait pas obtenu la cicatrisation ainsi que cela m'est arrivé ; dans certains cas, la cause de la suppuration est plus profonde et sa cessation est suivie de guérison de la perforation ou de destruction.

Quant au malade présenté, il n'a rien gagné au traitement, puisqu'il n'entend pas mieux et souffre au contraire de bourdonnements. L'oreille ne suppure plus, mais ce n'est pas le fait de l'oblitération tympanique. La cicatrice adhère au promontoire et on peut craindre d'autres soudures qui entraîneraient des troubles de l'équilibre, aussi se demande-t-on si l'état du malade n'a pas empiré. Je ne crois pas à l'avenir de l'acide trichloracétique. Le principal est une antisepsie soigneuse et de ne fermer la perforation que si la caisse est indemne et si l'occlusion est indiquée.

TOMKA signale une troisième indication dangereuse pour l'existence ; la desquamation. Si dans ce cas on obtint l'oblitération, le malade est à l'abri d'affections auriculaires graves. La cicatrisation tympanique est avantageuse en ce qu'elle éloigne de l'oreille les influences néfastes. Il n'est pas certain que seules les adhé-

rences entraînent des troubles auditifs qui peuvent être dus aussi à l'insertion de membranes entre les osselets.

SZENES. — Chez mon malade les osselets sont soudés les uns aux autres.

NEMAI a déjà présenté en 1894 des malades soignés par l'acide trichloracétique. La cautérisation est plus forte qu'avec le nitrate d'argent, aussi forte qu'avec l'acide chromique ; ce n'est pas un poison. J'applique les acides dans les inflammations parenchymateuses des amygdales, quand la tonsillotomie est impossible, puis à la suite de la galvano-caustique pour activer la cicatrisation des plaies. Ce remède est un styptique puissant et peut servir après le curetage de granulations purulentes.

SZENES n'assigne pas de valeur spécifique à ce médicament ; lorsque l'affection de la caisse est enrayée et le tympan perforé, il peut survenir un retour de la suppuration qui réclame la fermeture de la perforation. On ignore toujours on siège l'affection de caisse Gomperz a obtenu de bons résultats avec l'acide trichloracétique et moi de même. Il est bien entendu que les cas compliqués de maladies des os, d'affections pharyngées ou de végétations adénoïdes sont justiciables d'une thérapeutique spéciale.

La suppuration de la caisse est guérie quand la perforation tympanique est cicatrisée. Naturellement la cicatrice n'offre pas la même résistance que le tissu sain, mais le danger est moindre que sans cicatrice. En cas de synéchies, on s'aidera de l'opération de Politzer. Il est secondaire que l'ouïe ne s'améliore pas au bout de dix-huit ans, le principal est que l'écoulement cesse.

KREPUSKA. — Szenes me comprend mal. J'ai parlé de deux choses. En général, le tympan peut se refermer spontanément, par exemple après l'ablation de végétations adénoïdes. Szenes répond qu'il ne cautérise pas les cas de ce genre.

SZENES. — La cessation de la suppuration entraîne la régénérescence du tympan.

KREPUSKA. — Szenes guérit-il la perforation tympanique ou l'affection de la caisse ? D'habitude on ne cautérise le tympan qu'après que l'écoulement est tari ; lorsque la guérison de la suppuration et la cicatrisation de la perforation sont simultanées, le remède n'agit pas comme cicatrisant. Szenes a dit que l'oreille suppurait encore en octobre.

BAUMGARTEN s'explique que Szenes enraye d'abord la suppuration et ferme la perforation seulement lorsque l'oreille est sèche.

KREPUSKA. — Naturellement, mais Szenes ne l'a pas dit.

NAVRATIL. — Certainement Szenes veut guérir d'abord l'otorrhée et seulement activer la cicatrisation de la perforation qui ne s'est pas produite spontanément.

SZENES. — Oui.

---

ANALYSES

---

## I. — OREILLE

Contribution à l'anatomie chirurgicale de la cavité tympanique, par R. LAKE (*Lancet*, 13 novembre 1897).

Ceux qui ont eu fréquemment l'occasion d'ouvrir la cavité tympanique ont dû être toujours frappés de son irrégularité et de ses relations avec le sinus latéral; les rapports avec le tympan lui-même et avec le nerf facial sont presque constants et sont seulement affectés par la dimension de l'antre, que cette dimension soit ou non le résultat d'une maladie. Les mensurations exactes de vingt-huit temporaux sains ont décidé l'auteur à former une série de types obtenus par des coupes. Les sections horizontales passaient à travers la fosse supérieure du conduit. Chaque coupe a été fidèlement reproduite et les tracés superposés pour être comparés. On forma ainsi des groupes et un type fut dessiné dans chaque catégorie. On adopta trois divisions principales : 1° Celles où le sillon du sinus latéral doit être ouvert et le sinus dégagé pendant l'opération mastoïdienne; 2° les cas d'opération de l'antre, il est probable que le sinus est dégagé, mais on ne le voit pas; 3° les cas où le sinus demeure invisible durant l'opération.

Dans un seul cas sur six, on attendit pour dégager le sinus.

L'exploration du sinus est entièrement exempte de danger lorsqu'on prend des précautions antiseptiques; quand l'ouverture du sinus est bourrée de gaze iodoformée pour enrayer l'hémorrhagie, on n'a aucun accident; il n'en est pas de même lorsqu'on perfore le sinus avec un drill qui peut léser l'os.

Tout en faisant des réserves sur l'exactitude approximative des mensurations, on a trouvé que la profondeur de l'attique dépassait légèrement les  $\frac{3}{10}$  d'un pouce, prise en ligne directe depuis le point d'élection et la distance du point le plus voisin du sinus, 0,40 pouce en moyenne, avec un minimum de 0,2 pouce et un maximum de 0,7; cette dernière mensuration démontre nettement que le dégagement du sinus par la continuation de l'ouver-

ture de l'antre, n'est pas, d'ordinaire, le procédé chirurgical de choix, mais la voie la plus brève pour arriver au sinus qui, souvent, est situé à moins d'un quart de pouce de la fosse supérieure du conduit.

Les résultats sont expliqués par des diagrammes accompagnant le mémoire.

SAINT-CLAIR-THOMSON.

**Topographie crânio-cérébrale de la région auriculo-mastoidienne,**  
par L. BONOMO (*Archivio ital. di otol. rin. e laring.*, 1897)  
(4<sup>e</sup> fasc.).

Ce travail est des plus intéressants, et les nouvelles données présentées par l'auteur peuvent rendre de très sérieux services au point de vue opératoire. Il nous paraît impossible d'en donner une analyse. Il s'agit, en effet, de points de repères précis formant entre eux diverses lignes limitant des espaces auxquels correspondent certains organes.

Nous ne pouvons donc que renvoyer le lecteur au travail original où il trouvera deux figures très claires qui lui permettront de bien saisir la description.

H. DU F.

**L'examen de l'audition des employés de chemins de fer,** par DE  
ROSSI (*Archivio ital. di otol. rin. e laring.*, 1897) (n° 1-3).

En Italie, les Compagnies de chemins de fer ont le tort grave de ne pas se préoccuper suffisamment de l'audition de leur agents. On peut citer nombre d'accidents qui n'ont eu pour causes que la surdité d'un employé. Sous l'influence de la répétition de sons aigus et intenses, l'audition diminue chez les mécaniciens et chauffeurs. Il peut même se faire qu'ils n'entendent pas les pétards.

L'auteur regrette qu'en Italie il n'y ait encore aucun travail statistique sérieux.

Il importe, cependant, de faire ce qui a été accompli en Allemagne en suivant la méthode de Zwaardemaker.

De plus, les médecins des compagnies devraient être tous capables d'examiner l'audition des agents.

H. DU F.

**L'anesthésie locale dans les maladies de l'oreille et des premières voies respiratoires. Observations cliniques sur l'eucaine,** par  
G. FERRERI (*Archivio ital. di otol. rin. e laring.*, 1897) (n° 1-3).

Pour les opérations pratiquées sur l'oreille et les premières voies respiratoires, l'anesthésie générale n'est indiquée que dans un petit nombre de cas.

Elle n'est réellement indispensable que pour l'opération de Stacké, la craniectomie, la laryngofissure, la laryngectomie, etc...

Afin d'éviter les inconvénients présentés par la cocaïne, l'auteur s'est servi de l'eucaine.

D'après ses expériences, cette dernière devrait être préférée à la cocaïne pour les raisons suivantes :

1<sup>o</sup> Les solutions d'eucaine ne se décomposent pas par l'ébullition, tandis que la cocaïne se transforme en benzoïlergonine et en alcool méthylique ;

2<sup>o</sup> L'eucaine est moins toxique que la cocaïne ;

3<sup>o</sup> Elle se conserve sans altération en solution pendant longtemps sans perdre son pouvoir anesthésique ;

4<sup>o</sup> Elle est mieux tolérée que la cocaïne ;

5<sup>o</sup> Appliquée sur la muqueuse de la caisse du tympan, elle a une action plus prolongée et, quoi qu'on en ait dit, diminue l'hémorrhagie ;

6<sup>o</sup> Elle coûte moins cher que la cocaïne.

H. DU F.

**Un cas d'épithélioma pavimenteux lobulé en dégénérescence colloïde du lobule de l'oreille.** par F. COUDRAY et G. DUBAR (*Bull. de la Soc. Anat. de Paris*, fasc. 14, juin, juillet 1897).

Cette localisation est rare, le malade, homme de 27 ans, présente une tumeur noirâtre, d'aspect corné, appendue au lobule de l'oreille droite, cette tumeur s'est développée lentement, elle est conique, et la base se confond avec le lobule ; sa hauteur est d'environ 1 à 2 centimètres ; elle est colorée en noir en bas et en rouge violacé en haut ; dans le bas, elle est très dure et cornée, tandis que sa partie supérieure est charnue. La séparation des deux parties de la tumeur est très nette en avant où il existe un sillon, moins accentuée en arrière ; pas de ganglion pré-auriculaire.

Jamais de traumatisme antérieur.

En arrière de la branche montante du maxillaire inférieur, existe une induration d'apparence ganglionnaire, autant au-dessous de la mâchoire. A gauche, pléiade ganglionnaire.

Ablation de la tumeur ; quatre points de suture.

Examen de la tumeur : la partie inférieure, noirâtre, est très dure, difficile à sectionner, tout à fait exsangue. Le tissu ressemble à de la corne. Pas de parties crétacées.

La section de la portion supérieure, ou charnue, est grisâtre. Le tissu est ramolli, gris noirâtre et rappellerait l'épithélioma.

Examen microscopique : globes épidermiques entourés de

cellules du corps muqueux, en d'autres points, îlots de cellules du corps muqueux normales à la périphérie, au centre, se trouve de la dégénérescence colloïde.

A. G.

**Massage pneumatique vibratoire de la membrane du tympan dans le traitement de la surdité progressive,** par Max BREITUNG (*Deutsche medizin. Ztg.*, 1897, n° 77).

Le massage vibratoire est produit à l'aide d'une pompe pneumatique à moteur électrique figurée et décrite par l'auteur.

Les résultats obtenus sont infiniment inférieurs à ceux que donne le massage mécanique et les effets en sont suprenant, pour peu qu'on ne s'attarde pas à des scléroses trop avancées.

L'auteur dit incidemment qu'un très grand nombre des scléroses graves sont, à son avis, d'origine syphilitique, remontant au deuxième ou troisième ascendant. L'alcool et le tabac sont responsables de nombres de cas de diminution névritique de l'ouïe.

M. N. W.

**Une plaie rare de la membrane du tympan,** par Stanley BERLING (*Brit. med. journ.*, 1897, p. 1189).

L'auteur fut appelé une nuit auprès d'un garçon de 18 ans, blessé dans une rixe; une tache de sang marquait l'oreiller à l'endroit de l'oreille droite et le sang continuait encore à couler goutte à goutte; le lendemain, l'auteur vit à l'otoscope une incision de la membrane du tympan, juste en arrière du manche du marteau; les bords en étaient réunis et il n'y avait aucune lésion de l'oreille externe ni du conduit auditif. Le blessé avait eu le temps d'apercevoir, avant de perdre connaissance, un couteau dans la main de son adversaire; l'auteur, dans son rapport, conclut à la possibilité d'une blessure du tympan sans lésion du conduit, mais la cour considéra le fait comme improbable; peu après, on trouva sur le lieu de la rixe un couteau répondant au souvenir du blessé, à lame si usée qu'elle n'avait plus qu'un quart de ponce de large.

M. N. W.

**Emploi de l'eau oxygénée dans le traitement des otorrhées,** par BUYS et LABARRE (*La Policlinique*, n° 21, p. 447, 1<sup>er</sup> novembre 1897).

« Découverte par Thénard, en 1808, l'eau oxygénée ne fut employée en thérapeutique qu'en 1882-1883, par Baldy, qui lui re-



« connu des qualités antiputrides incontestables et l'appliqua, avec « succès, dans le traitement des plaies. Tout récemment, avec « Politzer, à Vienne, et Lermoyez, à Paris, l'eau oxygénée prit une « grande importance dans la pratique oto-laryngologique qui, en « même temps que son pouvoir microbicide, utilisa encore sa « vertu hémostatique clairement démontrée par de récentes expé-  
« riences de M. Georges Gellé ».

Depuis six mois, B. et L. emploient l'eau oxygénée dans le traitement des otites purulentes avec des résultats vraiment remarquables.

L'eau oxygénée est l'antiseptique idéal pour le traitement des écoulements de l'oreille. Elle a un pouvoir bactéricide supérieur à celui du sublimé (Miquel), elle n'est pas irritante, enfin, elle n'est pas toxique, ce qui permet de laisser ce médicament entre les mains de tous les malades.

L'eau oxygénée doit être fraîche et titrant 42 volumes. Voici comment elle doit être employée. Le malade peut laver l'oreille à fond avec une seringue chargée d'eau salée bouillie, puis, vidant dans l'oreille, il remplit de nouveau tout le conduit d'eau oxygénée tiédie et conserve ce bain un quart d'heure, après quoi il vide de nouveau l'oreille, en ayant soin de protéger les parties voisines contre l'action dissolvante du médicament. Ce bain n'est aucunement douloureux, mais il donne au malade la sensation d'un bouillonnement intense dû à la mise en liberté de l'oxygène, signe caractéristique qui indique la bonne qualité de l'eau oxygénée.

Suivent des observations qui démontrent la cessation rapide des écoulements purulents aigus ou chroniques de l'oreille, ce phénomène si constant qu'elle ne fait défaut que trois fois sur soixante observations. Mais cette action ne se produit qu'après enlèvement mécanique préalable des résultats par les lavages.

L'eau oxygénée, ainsi employée, ne nuit pas à l'épidermisation, la perforation tympanique se cicatrise bien sous son influence.

En présence de cet effet si simple et si rapide, les auteurs se sont demandés si l'eau oxygénée n'a pas une façon spéciale d'agir qui la distingue des antiseptiques ordinaires. Des expériences instituées dans ce sens montrent que ce corps, au lieu de coaguler le pus en flocons visqueux et adhérents, comme le fait le sublimé, « segmente le pus en petits éléments, roulant les uns sur les autres, très mobiles en un mot ».

« A la lumière de ces faits, on comprend sans peine les avantages de l'eau oxygénée ».

Deux mots résument ses propriétés spéciales : l'eau oxygénée nettoie l'oreille et pénètre le pus.

**De la tuberculose de l'oreille moyenne**, par SCHWABACH (*Berliner Klinik*, 1897, fasc. 114).

La fréquence de la tuberculose de l'oreille chez les tuberculeux n'est pas bien établie ; l'auteur a trouvé seize fois des lésions sûrement tuberculeuses en étudiant anatomiquement les oreilles de vingt-trois phthisiques ; dans les autres cas, l'otite était simple. Les femmes sont atteintes beaucoup plus rarement que les hommes.

A côté de la forme typique de l'otite tuberculeuse, qui amène sans souffrance une destruction étendue du rocher, on peut observer le début aigu de l'affection, et c'est à tort que cette forme a été niée. S. apporte deux observations personnelles, dans lesquelles l'otite tuberculeuse a débuté de la façon la plus aiguë ; des bacilles ont été trouvés dans le pus, dans l'un de ces cas, l'otite a guéri comme une otite moyenne aiguë. D'ailleurs, l'absence de bacilles dans le pus ne permet nullement de nier la tuberculose, ainsi que l'établissent des examens nécroscopiques multiples faits par l'auteur. Le travail de S. est basé sur plusieurs centaines d'observations cliniques, dont quatre-vingt-dix suivies pendant longtemps et vingt-sept examens anatomo-pathologiques.

M. N. W.

**Des lésions de l'organe de l'ouïe dans la leucémie**, par SCHWABACH (*Zeitschrift f. Ohrenheilkunde*, 1897, p. 103).

La monographie est basée sur dix observations recueillies dans la littérature et 5 cas inédits de l'auteur. Il résulte, de ces quinze observations, que les hommes sont atteints plus souvent (10 : 5), que l'âge dominant va de 30 à 40 ans ; la forme de l'affection est une surdité plus ou moins prononcée, rapidement croissante en général, accompagnée de bruits subjectifs et souvent de vertiges ; dans un certain nombre de cas, cette triade symptomatique constitue le syndrome de Ménière. Les cas aigus appartiennent au début de la leucémie, tandis que les cas chroniques surviennent longtemps après le début de la maladie. Les lésions anatomiques consistent en amas de leucocytes et en hémorragies qui se forment aussi bien dans les espaces médullaires du rocher que dans les diverses parties de l'organe de l'ouïe, de l'oreille interne surtout ; plus rarement, l'oreille moyenne est atteinte, exceptionnellement

l'oreille externe; il semble qu'un tiers au moins de tous les cas de leucémie étudiés à ce point de vue spécial, présentent des lésions de l'oreille. L'auteur ne partage pas l'opinion de Gradenigo, quant au développement des lésions leucémiques dans les oreilles antérieurement enflammées — l'examen histologique ne justifie pas cette manière de voir. Le syndrome de Ménière s'explique par des hémorragies labyrinthiques; des extravasations sanguines sont aussi responsables de la surdité subite, d'origine tympanale ou nerveuse.

M. N. W.

**Un cas de surdité verbale pure terminée par aphasie sensorielle, suivi d'autopsie**, par J. DÉJÉRINE et P. SÉRIEUX (Comptes-rendus hebdomadaires des séances de la Soc. de Biol., 24 décembre 1897).

En 1884, Lichtheim (*Deuts. Arch. f. klin. Med.*, p. 204-268) a décrit, sous le nom de *surdité verbale sous-corticale*, une forme d'aphasie, dans laquelle les symptômes présentés par le malade se réduisent à la perte de la compréhension de la parole parlée et à l'impossibilité de répéter les mots ainsi que d'écrire sous dictée.

Cette formule d'aphasie, que l'un de nous a proposé de désigner sous le nom de *surdité verbale pure* (Voir thèse de Mirallié : *De l'aphasie sensorielle*, Paris, 1896) — car ici le langage intérieur est intact — est, en réalité, rare, surtout si on met à part les cas dans lesquels il existait des lésions de l'appareil auditif, en particulier du labyrinthe, lésions qui, ainsi que l'a indiqué Freud (*Labyrinthtaubheit und Sprachtaubheit*, Wiesbaden, 1893), peuvent donner lieu à une symptomatologie des plus analogues (Cas rapporté par Helot, Houdeville et Halipré, *Revue Neurol.*, p. 353, 1896).

Il existe actuellement quatre observations de surdité verbale pure, dans lesquels l'appareil auditif périphérique ne peut être incriminé, cas de Lichtheim, Pick (obs. III, (*Arch. f. f. Psych.*, Bd 23, 1892, p. 896), Sérieux (*Rev. de méd.*, 1893, p. 733), Ziehl (*Deuts. Zeits. f. Nervenhe.*, Bd 8, p. 258, 1896). Lichtheim, se plaçant au point de vue de la physiologie pathologique, émit à propos de son observation, l'hypothèse d'une lésion sous-corticale siégeant dans le lobe temporal gauche et isolant le centre de l'audition générale du centre auditif des mots. Jusqu'à aujourd'hui, nous ne possédons qu'une seule autopsie de surdité verbale pure due à Pick. Dans ce cas, il existait une double lésion des lobes temporaux (ramollissement), s'étendant à droite à l'insula et à l'opercule frontal. La lésion pénétrait dans la substance blanche, surtout à droite où elle avait détruit la capsule externe et le puta-

men. La description de la lésion est, du reste, un peu sommaire et purement microscopique.

Le cas que nous rapportons a trait à une femme qui présentait pendant plusieurs années le tableau typique de la surdité pure. Puis, peu à peu, le langage intérieur s'altéra et apparurent les symptômes de l'aphasie sensorielle classique qui allèrent en progressant également.

La première partie de l'observation de cette malade a été publiée par l'un de nous, en 1893, et comprend une période de cinq ans, de 1887, date du début de l'affection, à 1892. A cette époque, le tableau clinique était le suivant : surdité verbale et musicale, intégrité de la parole spontanée, perte de la faculté de répéter les mots ; écriture spontanée et d'après copie, normale, écriture sous dictée, nulle ; lecture mentale et à haute voix, normale. Intégrité du langage intérieur. En 1892, toutefois, commencèrent déjà à apparaître des symptômes indiquant que la surdité verbale pure évoluait vers l'aphasie sensorielle : paraphasie et paraphraghie, d'abord légères et s'aggravant peu à peu et trouble de la lecture mentale. A partir de cette époque, les symptômes d'aphasie sensorielle allèrent en augmentant, la malade devint jargonaphasique, perdit la compréhension du langage écrit, son écriture devint incompréhensible, sa signature même était altérée. L'acuité auditive du côté gauche, la malade étant depuis longtemps privée de l'ouïe du côté droit par suite d'otite, s'altéra petit à petit, et aboutit à une surdité très marquée. L'intelligence s'affaiblit notablement. La malade succomba en mars 1895, à l'âge de 55 ans, huit ans après le début de l'affection.

Vient ensuite le résultat de l'autopsie et celui de l'examen histologique.

Cette observation, qui fera ultérieurement l'objet d'un travail plus étendu, est importante à plusieurs points de vue : 1<sup>o</sup> tout d'abord, l'autopsie tranche définitivement la question de la localisation de la surdité verbale pure, en montrant que cette dernière relève d'une lésion *purement* verticale. Ici, en effet, il s'agit d'une altération cellulaire-poliencéphalite chronique, tandis que dans le cas de Pick, la lésion était à la fois corticale et centrale. Notre observation constitue même le premier cas d'aphasie et, dans l'espèce, surdité verbale pure terminée par aphasie sensorielle, relevant d'une lésion purement cellulaire ; 2<sup>o</sup> notre cas, comme celui de Pick, montre que, dans la surdité verbale pure la lésion est bilatérale et siège dans la région temporale, dans le centre cortical de l'audition commune ; 3<sup>o</sup> étant donné cette localisation,

il paraît probable que dans la surdité verbale pure, il s'agit non pas d'une séparation du centre auditif commun d'avec le centre auditif des mots, mais bien d'un affaiblissement dans les fonctions du centre auditif commun. Cette opinion est corroborée par ce fait que, chez notre malade, l'ouïe, pendant longtemps intacte, s'altéra progressivement avec le temps ; 4<sup>o</sup> la transformation lente et progressive de la surdité verbale pure en aphasie sensorielle, constatée chez notre malade, est une particularité sur laquelle il y a lieu d'insister. Pendant longtemps, en effet, le langage intérieur fut intact chez elle, et ce n'est que peu à peu que le centre auditif verbal s'altéra, et qu'alors apparurent l'alexie, la jargonaphasie, la paragraphie.

Étant donné le degré des lésions de la corticalité temporale, dont l'intensité allait en décroissant d'avant en arrière, il est aisé de comprendre que le centre auditif verbal, qui siège à la partie postérieure du lobe temporal gauche, ait été pris après le centre auditif commun, situé plus en avant. Les altérations de la corticalité temporale allaient, en effet, en décroissant d'intensité depuis la pointe temporale jusqu'à la base d'insertion du pli courbe, et avaient, par conséquent, atteint en dernier lieu, et peu à peu, la région dont les lésions déterminent les symptômes de l'aphasie sensorielle.

**Note sur un cas d'audition colorée**, par A. GRAFÉ, professeur à l'université de Liège (*Rev. de méd.*, mars 1897).

G. cite un nouveau cas dans lequel l'émission par le sujet ou l'audition de la voyelle *a* évoquait l'image du noir et celle de la voyelle *i* l'image du rouge. Il émet l'hypothèse que l'aptitude à établir de semblables relations chez des individus qui y sont prédisposés de naissance, remonte à des habitudes ancestrales transmises par voie d'hérédité. Peut-être pourrait-on trouver une application de ces phénomènes pour procurer aux aveugles nés des images colorées ou aux sourds-muets des images auditives.

LOMBARD.

**Des exercices acoustiques dans les cas de surdi-mutité, chez les enfants en bas âge**, par GELLÉ (Soc. de biologie, 23 oct. 1897).

La possibilité d'éveiller et de développer le sens de l'ouïe, chez les sourds-muets, est un fait reconnu depuis Itard, et démontré récemment par Urbantschich.

C'est à l'aide du micro-phonographe de Dussaud, appareil très

précis et répétant à satiété les sons, que Gellé a fait ses intéressantes expériences, et voici les conclusions auxquelles il est arrivé : 1° les exercices acoustiques, au moyen du micro-phonographe, rendent possible l'instruction des sourds-muets, dans la très grande enfance ;

2° L'excitation des nerfs auditifs et des foyers nerveux de l'ouïe a une action supérieure à tout autre procédé d'éducation, parce qu'elle suit les voies naturelles du développement de la faculté du langage, d'où le réveil de l'audition et de la parole. A. G.

**Les exercices méthodiques de l'ouïe à l'école des sourds-muets.**  
par M. BRAUNER (*Wien. klin. Woch.*, 1897, p. 780).

L'auteur, directeur d'une école de sourds-muets, a étudié la psychologie et la physiologie de l'apprentissage auditif des sourds-muets ; il met bien en lumière la différence entre la surdi-mutité congénitale et l'infirmité acquise au point de vue de l'éducation de l'ouïe, il va de soi que l'infirmité acquise est de beaucoup la moins grave, car les vertiges d'impressions auditives antérieures à la perte de l'ouïe, persistent évidemment dans les centres nerveux, la voix est frayée et les sensations auditives nouvelles sont perçues avec moins de difficulté. Les sourds-muets éduqués ont évidemment leur centre auditif remplacé au point de vue fonctionnel par un centre visuel et tactile, puisque les paroles et les sens se traduisent pour eux par l'impression visuelle des mouvements des lèvres ou autres gestes et par les sensations vibratoires. Ce centre visuel tactile est utilisé dans l'éducation de l'ouïe en ce sens que l'on prévient l'enfant des sons, ou plus tard des mots, que l'on va lui faire entendre ; il relie ainsi les sensations que lui procurent habituellement les mots avec celles que recueille son oreille ; pendant longtemps il « traduit » évidemment la sensation auditive en sensation visuelle et tactile jusqu'à ce que le développement progressif de l'ouïe ait conduit à une transmission directe des perceptions auditives au centre de la parole. Le développement intellectuel des sourds-muets gagne énormément à l'acquisition de notions auditives si imparfaites qu'elles soient, un grand nombre de mots et d'idées cessent d'être lettres mortes pour eux.

M. N. W.

**Cholestéatome de l'attique datant de vingt ans simulant une affection mastoïdienne,** par A. BRONNER (*Lancet*, 23 octobre 1897).

Les points intéressants de l'observation sont : 1° que l'attique

avait souffert pendant vingt ans sans que la cavité mastoïdienne eut été atteinte; 2<sup>o</sup> qu'une affection de l'attique ait pu déterminer des attaques répétées de périostite mastoïdienne; 3<sup>o</sup> que le cholestéatome ait élu domicile dans l'attique et non dans les cellules mastoïdiennes, ainsi que cela se produit généralement; 4<sup>o</sup> que la plaie demeura ouverte et guérit sous les granulations, par la méthode de Mc Ewen et V. Horsley. Le procédé adopté d'habitude consiste à essayer de maintenir une large ouverture permanente au-dessus ou derrière l'oreille.

SAINT-CLAIR THOMSON.

**Pneumatocèle de la région mastoïdienne**, par M. LANNOIS (*Société des sciences médicales de Lyon*, 1897).

M. Lannois montre un malade ayant autrefois présenté des supurations de l'oreille et qui depuis quelques années voyait, quand il riait un peu fort, se produire en arrière de l'oreille un gonflement caractéristique de la pneumatocèle mastoïdienne. Il y a un mois, la tumeur s'est enflammée, et par l'incision on n'a pas trouvé l'orifice de sortie de l'air. La guérison a été traversée par un accès d'épilepsie jacksonienne que, faute de mieux, on a cru pouvoir rattacher au saturnisme; l'intégrité actuelle de l'oreille ne permet pas, en effet, de penser à un abcès sous-duremérien d'origine otique.

M. Lannois rappelle que la pneumatocèle mastoïdienne peut résulter de la trépanation spontanée de la mastoïde au cours d'une suppuration des cellules mastoïdiennes (deux observations personnelles) en dehors de cette étiologie, il faut incriminer l'existence d'une fissure osseuse congénitale; dans le cas particulier, on n'en a pas constaté.

Ce cas paraît être le premier où la suppuration se voit produire spontanément, par infection propagée à travers la trompe et la caisse.

R. ÉTIÉVANT.

**Sur l'ouverture des cavités de l'oreille moyenne**, par GRADENIGO (*Archivio ital. di otol. rin. e laring.*, 1897, 4<sup>e</sup> fasc.).

L'auteur trouve que l'on a une tendance à ouvrir la caisse trop facilement sans se rendre un compte exact de la nécessité de l'opération.

L'acte opératoire offre toujours dans ces cas certains dangers et n'a pas toujours pour résultat d'amener une guérison radicale.

Au point de vue du procédé, l'auteur trouve inutile le plus sou-

vent d'exagérer les dimensions de l'incision en arrière du pavillon en la prolongeant en avant vers l'apophyse zygomatique.

Il a fait construire, en outre, un crochet spécial pour maintenir le pavillon.

Enfin, à moins d'indications spéciales, il suture immédiatement la plaie rétro-auriculaire et laisse en place le premier pansement quatre jours au plus.

H. DU F.

**De l'évidement pétro-mastoidien dans les suppurations anciennes de l'oreille**, par REYNIER (de Paris) (Congrès français de chirurgie, XI<sup>e</sup> session, 1897, *Rev de chir.*, n° 11).

L'A. opère par le procédé le plus habituellement employé ; mais contrairement à M. Broca, il se sert de préférence de la gouge à main avec laquelle on risque moins de blesser le sinus. Pour éviter les fissures et les esquilles déterminées quelquefois par l'usage du ciseau. M. Reynier utilise un protecteur muni d'une fraise actionnée par un moteur électrique. Après curettage de la caisse et de l'aditus, les cavités sont lavées à l'eau oxygénée et tamponnées avec de la gaze iodoformée.

M. Reynier a opéré ainsi quatorze malades et chez onze d'entre eux il a obtenu une guérison durable et l'amélioration de l'audition.

E. L.

**L'évidement pétro-mastoidien appliqué au traitement chirurgical de l'otite moyenne chronique sèche**, par MALHERBE (de Paris) (Congrès français de chirurgie, XI<sup>e</sup> session, 1897, *Revue de chir.*, n° 11).

L'A. communique le résultat de onze nouvelles opérations. L'opération est indiquée dans les otites scléreuses n'ayant encore envahi que l'appareil de transmission. La disparition de la perception des sons aigus est d'un pronostic grave pour l'intervention.

Les malades dont l'acuité auditive n'est pas tombée trop bas en retirent un grand bénéfice. L'amélioration porte surtout sur les sons à tonalité élevée, et l'audition augmente pour l'oreille non opérée ; on note aussi la disparition des bruits subjectifs.

E. L.

**Contribution à l'étude de l'étiologie des complications cérébrales d'origine otique**, par G. GERONZI (*Archivio ital. di ot. rin. e laring.*, 1897, n° 1-3).

Il est bien établi aujourd'hui, que dans les cas de suppurations



de l'oreille moyenne, les injections par le conduit ou par la trompe, les cautérisations, l'ablation d'un polype..., etc., peuvent amener parfois des complications graves et déterminer la mort.

Les observations avec autopsie, démontrant clairement les dangers d'intervention, considérées comme inoffensives, sont encore rares, aussi doit-on savoir gré au Dr Geronzi d'avoir publié la relation d'un cas bien observé et très net au point de vue de la marche des accidents.

Il s'agit d'un jeune garçon de 12 ans, atteint depuis la première enfance d'otite moyenne purulente droite.

Depuis un mois, il se plaint de maux de tête, son caractère est devenu taciturne, et il a le sommeil agité. Cet état est allé en s'aggravant, et depuis quatre jours, il a un peu de fièvre le soir.

A l'examen, on trouve dans le conduit auditif droit un volumineux polype.

L'auteur enlève cette tumeur avec le serre-nœud. Le malade retourne dans sa famille.

Le soir même, les douleurs de tête augmentent, la fièvre paraît plus intense et le surlendemain il est pris de délire. Puis les poumons se prennent ; douleurs très vives à la nuque ; mort huit jours après l'ablation du polype.

*Autopsie.* — L'examen des lésions permet de porter le diagnostic suivant : « Otite moyenne purulente chronique droite. — Carie des « osselets. — Abscess de l'attique avec une petite perforation de la « membrane de Shrappnell. — Végétations polipoides sortant de « l'attique. — Méningite circonscrite à la région du *Tegmen antri*. « — petit abcès sous-dural. — Encéphalite circonscrite à la partie « inférieure de la troisième circonvolution temporale. — Pneumonie par embolie. — Pleurésie fibrineuse. — Abscess de la rate. »

L'auteur examine ensuite quel a pu être le rôle pathogénique de l'ablation du polype. Il est évident qu'il n'a pu créer de toutes pièces les complications cérébrales. Mais, étant données les lésions de la caisse préexistante, on peut concevoir qu'il ait provoqué un coup de fouet, et que l'état infectieux aigu consécutif ait été produit par l'absorption du pus par les vaisseaux de la tumeur qui avaient été sectionnés.

L'auteur rapproche avec raison son observation de celle récemment publiée par le Dr Rimini (*Bollett. delle Malatt. d'orecchio*, avril 1897) et que nous avons déjà analysée dans ce journal.

**Un abcès du lobe temporo-sphénoïdal ouvert et drainé par le conduit auditif osseux**, par ADOLPH BRONNER (*Brit. med. journ.*, 1897, p. 465).

Le procédé classique qui consiste à trépaner le crâne au-dessus et en arrière du conduit auditif pour ouvrir un abcès cérébral a de grands inconvénients, quant au drainage et en général au traitement post-opératoire ; l'auteur apporte un nouveau cas à l'appui de la méthode de Watson Browne. Chez un homme de 28 ans, atteint d'un abcès cérébral d'origine otitique, l'auteur rabattit le pavillon de l'oreille par en bas, enleva ce qui restait du tympan et des osselets et ouvrit à l'aide du ciseau la paroi supérieure du conduit auditif osseux ; en remontant à travers la racine du zygomatique, il ouvrit la fosse cérébrale moyenne et trouva à l'endroit habituel, à un pouce de profondeur, un volumineux abcès. Un drain fut placé dans l'abcès et maintenu d'abord à travers l'orifice osseux ; puis, au bout de dix jours, l'oreille fut remise en place et le drain passé à travers une ouverture dans la paroi postéro-supérieure du conduit cutané. Dans ces conditions, l'écoulement se fait facilement, le drain peut rester en place longtemps sans causer de gêne et le trajet est facile à trouver, ce qui compense les difficultés de l'opération.

M. N. W.

**Abcès cérébral à la suite d'otite grippale**, par VOUZELLE (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, fasc. 9 avril 1897).

Homme de 26 ans, entré pour des accidents cérébraux consécutifs à une otite grippale. Le malade fut trépané à deux reprises, et il succomba.

A l'autopsie, dans le lobe temporal on reconnaît un abcès gros comme un œuf de pigeon, en communication avec le prolongement sphénoïdal du ventricule latéral, par un orifice assez étroit. Le doigt, plongé dans la substance latérale, lors de l'intervention, était arrivé à quelques millimètres en avant du foyer.

De l'observation actuelle, il semble résulter d'abord le fait que la trépanation de l'apophyse mastoïde est formellement indiquée en présence de phénomènes généraux graves, malgré l'absence de symptômes au niveau de la mastoïde, tels que rougeur, empatement de la peau, douleur à la percussion.

L'auteur dit de plus que c'est vers la base du rocher que doivent se faire les recherches, l'abcès en étant très voisin.

A. G.

**Sur le diagnostic de l'abcès cérébelleux otique**, par GRADENIGO  
(*Archivio ital. di otol. rin. e laring.*, 1897 (n° 1-3).

Les abcès encéphaliques consécutifs aux otites moyennes purulentes siègent soit dans les circonvolutions temporo-sphénoïdales, soit dans le lobe latéral du cervelet, et, dans les deux cas, au voisinage de l'os temporal malade.

On a jusqu'ici confondu dans une même description ces deux sortes d'abcès.

Cependant les différences pathogéniques anatomiques et thérapeutiques qui les séparent, justifient une description spéciale pour chacun d'eux. C'est pour ce motif que l'auteur n'envisage dans ce travail que l'étude de l'abcès cérébelleux.

L'abcès cérébelleux est moins directement en rapport avec les lésions osseuses que l'abcès cérébral.

L'infection se propage soit par la fossette sigmoïde, soit par le labyrinthe à travers le conduit auditif interne.

Souvent coexiste avec l'abcès cérébral la thrombose du sinus ou la leptoméningite.

Le diagnostic différentiel de ces lésions est des plus difficile.

Ni la névrite optique, le nystagmus latéral, la titubation, les vertiges, la rigidité de la nuque, etc., ne sont des symptômes spéciaux à l'abcès cérébelleux.

Le siège des lésions que l'on peut rencontrer au cours d'une opération peut donner des indications plus précises. On est autorisé à admettre en effet que « si, dans un cas d'otite moyenne « purulente chronique avec symptômes d'abcès endocrânien, on « rencontre pendant l'opération une carie de la fossette sigmoïde « avec thrombose du sinus ou bien une labyrinthite purulente », il est probable qu'il existe un abcès cérébelleux.

Acland et Bellanger ont récemment appelé l'attention sur plusieurs symptômes qui appartiendraient spécialement à l'abcès cérébelleux. Ces symptômes sont :

1° La paralysie du membre supérieur du côté lésé avec faiblesse musculaire des membres inférieurs.

2° L'exagération du réflexe rotulien du côté malade.

3° La déviation conjuguée des globes oculaires vers le côté opposé à la lésion.

D'après l'auteur, ces symptômes ne sont pas constants.

On voit que la symptomatologie de l'abcès du cervelet est encore obscure et que de nouvelles observations sont nécessaires.

C'est afin de contribuer à élucider cette question que le prof.

Gradenigo donne la relation de 5 cas d'abcès cérébelleux qu'il a rencontrés.

OBSERVATION I. — Homme de 59 ans, atteint d'otite moyenne subaiguë gauche.

*Symptômes.* — Difficulté des mouvements de latéralité du cou ; douleurs à la pression de l'apophyse mastoïde, réflexes patellaires normaux ; rien du côté des yeux ; fièvre modérée. Ce malade est opéré et meurt.

Il existait : thrombose du sinus ; abcès périjugulaire au cou ; abcès cérébelleux et leptoméningite.

Dans ce cas, l'abcès cérébelleux est resté à l'état latent.

OBSERVATION II. — Homme de 53 ans ; atteint d'otite moyenne purulente gauche, datant de trois mois.

A l'autopsie, on trouva : thrombose des deux sinus latéraux et des deux sinus caverneux ; abcès périjugulaire à gauche ; abcès cérébelleux. Dans ce cas, il n'y avait aucun symptôme particulier à l'abcès du cervelet.

OBSERVATION III. — Fillette de 12 ans atteinte d'otite moyenne purulente chronique bilatérale.

A l'autopsie, on trouva un abcès entradural et un abcès cérébelleux sans autres lésions.

Les symptômes observés furent : douleur localisée à la nuque du côté malade ; rigidité de la nuque ; paralysie du membre supérieur correspondant ; déviation de la tête vers le côté opposé ; nystagmus horizontal.

Pendant l'opération, l'auteur fonctionna le cervelet avec une aiguille de Pravaz ordinaire et il ne s'écoula pas de pus. Il fait à ce sujet une remarque importante. Il a pu vérifier en effet à l'autopsie que le pus était trop épais pour être aspiré par l'aiguille. Il en résulte que l'on doit considérer ce procédé d'exploration comme insuffisant et se servir d'un trocart ou mieux du bistouri.

OBSERVATION IV. — Homme de 62 ans atteint d'otite moyenne purulente chronique droite.

A l'autopsie, on trouve : Leptoméningite due au diplocoque de Fraenkel ; infiltration purulente de l'écorce du lobe cérébelleux correspondant. Pas d'abcès.

Les seuls symptômes spéciaux qui aient été notés sont : la déviation conjuguée des globes oculaires vers le côté opposé à la lésion et le nystagmus horizontal.

L'auteur se demande si on doit les considérer comme se rapportant à l'infiltration purulente de la substance corticale du cervelet.

OBSERVATION V. — Homme de 20 ans atteint d'otite moyenne purulente chronique droite. Ce malade fut opéré et guéri.

Il existait : cholestéatome du temporal droit, avec usure d'une partie de la fossette sigmoïde ; papillite optique bilatérale.

Se basant sur ces lésions, l'auteur avait soupçonné la présence d'un abcès cérébelleux.

Aussi, au cours de l'opération, il explora le cervelet avec une grosse aiguille creuse.

Il ne rencontra pas de pus, et comme le malade a guéri, on doit admettre qu'il n'y avait pas d'abcès. Il fait remarquer à ce propos l'innocuité des ponctions exploratrices.

H. DU F.

## II. — LARYNX ET TRACHÉE

**Poids des cartilages du larynx et leur teneur en substance sèche, en graisse et leur cendre**, par HUGO BERGEAT (*Archiv. f. Laryngol*, Bd. VI, p. 199, heft. 2).

*Cartilage thyroïde*. — La moitié droite est en général plus volumineuse. Le poids moyen de tout le cartilage est chez l'homme de 6,541 (6,730 chez les sujets non tuberculeux, 6,353 chez les tuberculeux), chez la femme de 3,646 (3,745 chez n. T. ; 2,542 chez T.). Les poids extrêmes sont chez l'homme 9,122 et 3,330 (n. T) et chez les femmes 5,259 (n. T.) et 2,542 (T.).

*Cartilage cricoïde*. — Poids moyen : Homme 4,295 (4,443 n. T, 4,146 T.) chez la femme 2,859 (2,912 n. T, 2,279 T.) ; les poids extrêmes sont : homme 6,258 — 2,621, femme 4,374 — 1,891.

*Cartilage aryténoïde*. — Ils sont souvent équivalents, mais quelquefois ils diffèrent considérablement, 44 % surtout chez les tuberculeux, poids moyen : homme 0,308 (0,321 n. T. 0,296 T.), femmes 0,188 (0,191, n. T., 0,149 T.). Les poids extrêmes sont : homme 0,407 — 0,164 pour un seul, 0,785-0,339 pour les deux, 0,294-0,125.

*Épiglotte*. — Poids moyen : hommes, 1,407-1,406, femmes, 0,870 (0,872 n. T. 0,856 T.). Les extrêmes sont hommes : 2,657-0,608, femmes 1,157-0,689.

Le poids de tout l'appareil cartilagineux est chez l'homme 12,859 (13,221 n. T. 12,497 T.), chez les femmes 7,821 (8,011 n. T. 5,725 T.).

Dans la tuberculose le poids semble donc diminué. Le cartilage thyroïde représente environ la  $\frac{1}{2}$  du poids total, le cricoïde, le  $\frac{1}{3}$ , l'épiglotte, le  $\frac{1}{10}$ , les deux aryténoïdes ensemble le  $\frac{1}{20}$ .

Le poids sec, l'épiglotte mise à part, augmente avec l'âge. La substance muqueuse est la plus abondante dans les anneaux de la trachée, puis dans les cartilages thyroïde, cricoïde, aryténoïde et épiglottique. La teneur en cendres et en graisses est sans influence sur la richesse en mucine. Celle-ci est en moyenne dans la proportion de 15-30 %.

Le poids des cendres augmente, très irrégulièrement il est vrai, avec l'âge. La calcification ou ossification augmente plus tôt qu'on ne le croit (homme de 17 ans mort d'accident). Le poids de la graisse peut être très élevé et atteindre jusqu'à 17 % et il n'y a pas de rapport exact entre la calcification et la teneur en graisse.

Sur le cartilage thyroïde, les premières taches calcaires apparaissent non au niveau du bord postérieur, mais au niveau du foramen thyroïdien. Chez les femmes c'est dans l'aryténoïde, au point d'insertion du processus vocal, que commence l'ossification. Sur l'épiglotte on trouve des taches au niveau du pétiole. Il faut noter la symétrie des points d'ossification.

L'ossification est un processus physiologique, elle se rencontre au niveau des points d'insertion des téguments et des muscles, et si l'on note des différences entre l'homme et la femme, c'est que dans les deux sexes, ce ne sont pas les mêmes muscles qui sont mis le plus souvent en action.

PAUL TISSIER.

**Étude sur les muscles internes du larynx chez l'homme,** par EDM. MEYER (*Archiv. f. laryngol.* Bd. VI, heft. 3, p. 428).

On a divisé la musculature du larynx en de nombreux muscles petits et infimes sans tenir compte de la physiologie particulière de l'organe de la voix.

Il ne faut pas accepter pour la division des muscles du larynx, comme principe général, leur insertion sur un des cartilages ou sur un autre, ni sur les anomalies d'insertion, mais on doit s'inspirer de l'histoire de leur développement et prendre en considération les importantes données tirées de l'anatomie comparée.

C'est en se guidant sur ces principes que l'on peut grouper les muscles internes du larynx de la façon suivante :

Ancien muscle a) Cricothyroïdien.

- b) Cricoaryténoïdien postérieur, ces deux muscles ne représentant qu'un seul muscle indivisible.
- c) Sphincter de la glotte qui, bien que disposé en une quantité de fascicules en raison de ses insertions cartilagineuses, doit cependant être

considéré d'une façon d'ensemble, si l'on se base sur les données de l'embryogénie et de la physiologie.

PAUL TISSIER.

**Expériences sur la tension des cordes vocales, par RETHI (Wien. klin. woch., 1897, p. 220).**

L'auteur a expérimenté sur des chiens trachéotomisés et curarisés à l'aide d'un appareil construit sur les indications du professeur Exner et composé essentiellement d'une sorte de pince dont les deux branches sont articulées comme celle des ciseaux et qui met en œuvre la résistance des cordes vocales lorsqu'on écarte les branches. Etant donné un certain écartement, la contraction des cordes tend à fermer les ciseaux et à séparer leurs deux branches de deux autres lames qui se trouvent à leur contact et qui dans cette situation forment un circuit électrique ; le courant est interrompu lorsque la contraction de la glotte arrive à vaincre la résistance des ressorts qui unissent chaque paire de branches de ciseaux. En électrisant tel ou tel muscle du larynx on mesure la force de la contraction ; l'auteur a traduit en poids les résultats ainsi obtenus : la tension des cordes vocales relâchées est de 10-15 grammes ; les cricothyroïdiens donnent une tension de 210 à 470 grammes chez les divers sujets ; les thyro-aryténoïdiens 100 à 215 grammes, le crico-aryténoïdien postérieur 70 à 115 grammes, le cricothyroïdien et le thyro-aryténoïdien internes 565 grammes, le cricothyroïdien et le crico-aryténoïdien postérieurs 560 à 985 grammes.

M. N. W.

**Sur le centre phonatoire d'Onodi, recherches expérimentales, par GRABOWER (Archiv. f. Laryngol. Bd. VI, heft. 41, p. 42).**

Les résultats des expériences d'Onodi ont été contredits par Klemperer. Mais pour inattaquable que soit l'expérience sur laquelle s'appuie ce dernier auteur, il faut remarquer qu'elle est unique. Il a paru utile à G. de reprendre la question. L'expérience de R. démontre seulement que le centre des mouvements d'adduction des cordes vocales ne se trouve certainement pas dans l'espace compris entre les tubercules quadrijumeaux postérieurs et une ligne virtuelle tirée un millimètre au-delà. Mais ne se trouve-t-il pas plus bas. Onodi fixe comme limite inférieure jusqu'à 8 millimètres.

G. a repris l'expérience sur sept chiens précédemment examinés au point de vue du larynx. Le procédé opératoire consiste à mettre

à nu la membrane obturatrice, à faire sauter les parties osseuses voisines et surtout l'occipital. Le cercelet fut détruit en grande partie avec l'appareil de Lehmann, puis ce qui restait relevé ; on met ainsi à jour le plancher du quatrième ventricule qui sectionne à la hauteur voulue.

Les sections portant sur toute la largeur du ventricule et à une notable profondeur pratiquées à 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9 et 12 millimètres en arrière des tubercules quadrijumeaux postérieurs ne déterminèrent aucun trouble de la voix, ni des mouvements des cordes vocales. Il faut en conclure que le centre de phonation indiqué par Onodi n'existe pas.

Sur les derniers chiens G. eut l'idée de détruire encore plus bas le plancher du quatrième ventricule et 2 millimètres plus bas, il trouva le centre cherché.

La section transversale du plancher du quatrième ventricule pratiquée à 14 millimètres plus bas que les tubercules quadrijumeaux postérieurs, entraîna l'abolition de la fonction phonatrice des cordes vocales, toute émission sonore spontanée et réflexe devint impossible. Tout au plus à la suite d'excitations périphériques notait-on un bruit bas d'expiration. L'examen du larynx montra l'écartement des cordes vocales qui avaient perdu toute fonction adductrice.

Mêmes résultats avec une section portant à 16 millimètres, avec cette différence cependant que les mouvements d'abduction parurent très exagérés, les cordes venant s'aplatir contre la paroi au moment de l'inspiration.

Il est donc acquis que le centre phonatoire commence à 14 millimètres des tubercules quadrijumeaux postérieurs et s'étend jusqu'à 750 millimètres plus bas. Ce point correspond à l'union du tiers antérieurs avec le tiers moyen de l'aile grise. Rappelons que par la méthode d'excitation Horsley et Semon ont indiqué un centre de phonation dans l'aile grise.

Sur une coupe du bulbe partant à ce niveau on se rend compte qu'à ce niveau apparaissent nettement les premières cellules du noyau moteur du nerf vague.

L'abduction exagérée notée dans les sections portant à 16 millimètres montre l'antagoniste des centres adducteurs et abducteurs et qu'à l'état normal la mesure de l'abduction est maintenue dans certaines limites par les adducteurs innervé en même temps que par les nerfs abducteurs.

PAUL TISSIER.



**Bases d'une lémoscopie générale. Étude de l'inspection visuelle des grosses voies aériennes avec remarques sur le terme autoscopie,** par A. KIRSTEIN (*Archiv. für Laryngologie*, Bd. VI, heft. 3, p. 482).

Sous le nom de grosses voies aériennes, K. désigne le canal qui s'étend de la bouche à la bifurcation des bronches ; la lémoscopie (λεῖψος cou) est le terme général qui désigne l'inspection de ce canal d'une façon générale. Il y a deux modes d'inspection : autoscopique et entoptrique, deux méthodes paralinguale et catalinguale.

PAUL TISSIER.

**Sur les dénominations d'autoscopie, de lémoscopie et sur la préférence à accorder au terme d'isthmia aux voies aériennes supérieures,** par B. FRAENKEL (*Archiv. f. Laryngol.* Bd. VI, heft. 3, p. 489).

F. critique au point de vue étymologique et visuel le terme d'autoscopie et à celui de lémoscopie préfère isthmiascopie, le terme d'isthme s'appliquant d'une façon générale aux voies aériennes supérieures.

PAUL TISSIER.

**Le développement de la voix par le diapason et l'emploi de ce moyen pour la guérison des parésies des cordes vocales,** par E. W. MALJUTIN (*Archiv. f. Laryngol.* Bd. VI, heft. 2, p. 193).

On sait que si l'on applique un diapason sur le vertex, la voix émise à l'unisson l'est plus facilement et prend plus d'ampleur, plus de sonorité. M. a appliqué le diapason vertex au traitement d'une parésie vocale de nature indiscutablement hystérique et en a obtenu de bons résultats.

Il explique l'action du diapason exclusivement par l'action mécanique du son sur les cordes vocales. Il compare le fait à la mise en vibration des touches d'un piano par un son venu du voisinage et ne croit pas devoir invoquer plus pour l'homme que pour le piano une action psychique.

PAUL TISSIER.

**Sur la valeur hygiénique du chant,** par BARTH (*Archiv. für Laryngologie*, Bd. VI, heft. 1, p. 67).

L'analyse physiologique du chant montre qu'il augmente les mouvements respiratoires et active les échanges gazeux dans les poumons, élevant ainsi la capacité vitale ; par suite des efforts musculaires nécessités par l'intensité plus grande des mouvements

respiratoires, il fortifie les muscles de la respiration, c'est-à-dire presque tout l'ensemble de la musculature du tronc. Il exalte l'élasticité des parois thoraciques, il accélère la respiration, augmente la quantité de sang contenue dans les poumons et décharge le cœur dont il facilite l'action. L'augmentation de l'excrétion d'acide carbonique d'une part, de l'absorption d'oxygène d'autre part et aussi celle de l'élimination d'eau ont pour conséquence naturelle d'activer les échanges ; la soif et l'appétit augmentent, la teneur en hémoglobine des globules rouges s'accroît. Les mouvements étendus du diaphragme et des parois abdominales favorisent la digestion, empêchent les stases et activent la sécrétion des glandes intra-abdominales.

Les cordes vocales acquièrent, bien que devenant plus volumineuses, une contractilité et une mobilité plus grandes, le tissu élastique devient plus fort, les cartilages du larynx s'ossifient plus tard. En même temps la voix devient plus forte et plus sonore.

Le nez devient plus perméable, la muqueuse du pharynx plus lisse et les soins plus méticuleux donnés à la bouche favorisent la digestion. L'oreille gagne en acuité auditive simple en même temps qu'en acuité auditive musicale.

Les exercices de chant répétés quotidiennement n'ont pas seulement une valeur prophylactique, ils possèdent aussi une action curative. Cette dernière est surtout marquée chez les sujets prédisposés héréditairement à la tuberculose. On sait que la tuberculose du poumon attaque tout d'abord les sommets, c'est-à-dire le segment du territoire pulmonaire le moins ventilé, on est donc en droit de penser que l'insuffisance de la ventilation pulmonaire favorise la germination des bacilles de la tuberculose. D'autre part, les sourds-muets qui n'émettent aucun son, meurent très souvent phtisiques. Chez quarante-neuf sourds-muets dont la cause de la mort peut être établie, trente-deux succombèrent à la tuberculose du poumon (Meissner) d'où l'indication de préférer pour ces sujets au langage des signes, le langage des sons. Le chant est la meilleure gymnastique du poumon. Il n'y a pas à craindre l'empyème, puisque le chant favorise le développement du tissu élastique. Un second point à relever au point de vue de la tuberculose, c'est l'effet ou l'action empêchante produite par le chant, par suite de l'accélération de la circulation.

Il est d'observation courante que dans une même famille, les sujets qui chantent sont les plus forts. B. Fraenkel a rarement vu la tuberculose chez les chanteurs. Il en est de même de Schmidt et de Semon.

Les essais de pneumo-thérapie qui ont donné de bons résultats se résument en dernière analyse à une gymnastique respiratoire : le chant remplissant les mêmes indications devrait être préféré dans tous les cas où la pneumo-thérapie est indiquée.

Non seulement le chant n'est pas nuisible chez les cardiaques à lésion valvulaire, mais il est un moyen puissant de fortifier le myocarde et de guérir les troubles de compensation. Le chant rendrait aussi des services dans les maladies de la nutrition.

PAUL TISSIER.

**Sur la question de l'opération radicale dans les tumeurs malignes du larynx ; étude particulière de la thyrotomie, par FÉLIX SEMON (Archiv. für Laryngologie, p. 373, Bd VI, Heft. 23).**

Dans ce travail, S. plaide surtout en faveur du traitement du cancer du larynx par la thyrotomie suivie de l'extirpation des parties molles avec ou sans résection du cartilage.

La voie endolaryngée nécessite un diagnostic précoce, une habileté consommée de la part de l'opérateur, l'existence d'une tumeur à limites bien nettes qu'on puisse enlever en empiétant sur les tissus sains. Enfin le malade doit être suivi pendant longtemps. La voie sus-hyoïdienne est indiquée dans les cas de néoplasme épiglottique et de replis érythro-épiglottiques ; l'extirpation totale est réservée aux cas graves où la tumeur s'est développée à la partie postérieure du larynx, ou encore dans un où le diagnostic est trop tardif, ou enfin dans les cas de cancer extrinsèque où le néoplasme s'est développé en arrière du cricoïde.

On a reproché à l'ablation par la thyrotomie, la fréquence de récidives, cela ne semble pas fondé si l'opération est faite avec soin, dans les cas où le diagnostic est fait de bonne heure, ce qui devient de plus en plus la règle.

Se pose en principe, 1<sup>o</sup> l'étendue sur laquelle portera l'intervention, c'est-à-dire la question de savoir si elle se bornera aux parties molles ou non, ne peut, dans beaucoup de cas, être résolue avec certitude, qu'après l'ouverture du larynx ; 2<sup>o</sup> si désirable qu'il soit de conserver au malade une bonne voix, il ne faut pas se laisser aller à une fausse sentimentalité. Le premier devoir de l'opérateur est d'en tirer toute la tumeur, de couper dans le tissu sain pour éviter les récidives. Il faut surtout, dans les opérations radicales, chercher à éviter les complications septiques ; on s'arrangera de façon à ce qu'il ne pénètre pas de sang dans les voies

aériennes. Comme anesthésique, on aura recours au chloroforme, l'éther ayant tendance à irriter la muqueuse respiratoire.

Il est intéressant de relater la technique de Semon :

Après désinfection de la peau, large incision des parties molles jusque près du sternum. Tout écoulement de sang étant arrêté, on ouvre la trachée et on place immédiatement la canule de Hahn tant on est sûr au point de vue aseptique. Pour donner le temps à l'éponge de se gonfler et d'obturer la trachée, on attend dix minutes pendant lesquelles on met à nu avec la rugine et le bistouri la lame du cartilage thyroïde du côté malade.

L'hémorragie arrêtée, on ouvre le larynx sur la ligne médiane au bistouri, ou, s'il y a calcification, avec une petite cisaille ou une petite scie. L'on fait écarter les deux lames, non avec un rétracteur mais avec deux forts fils de soie.

On tamponne, par le larynx, le pharynx inférieur avec une éponge munie d'un fil, pour éviter le mucus : lorsqu'il n'en tombe pas ; on n'emploie pas de tampon.

L'opérateur s'éclaire alors, soit avec une petite lampe électrique, soit avec le miroir frontal, et on badigeonne tout l'intérieur du larynx deux fois à une, deux minutes d'intervalle, avec une solution de cocaïne à 10, 20 %, on fait ainsi un trait sur les capillaires et on évite la toux réflexe. Au bout de deux à trois minutes on entoure la tumeur de deux incisions elliptiques ou demi-circulaires, allant jusqu'au périchondre, elles doivent être au moins distantes de 1 centimètre et demi à 1 centimètre trois quarts de la tumeur ; si l'on s'aperçoit que la néoplasie s'étend plus loin qu'on ne le supposait, il faut être prêt à enlever une partie du cartilage, ou même à pratiquer l'hémilaryngotomie.

Dans les cas simples, on enlève le néoplasme, soit en une fois, soit en plusieurs fois, avec des ciseaux recourbés, puis, tout étant bien enlevé, on curette avec la curette de Volkmann.

L'hémostase étant complète, les petits vaisseaux même étant liés ou tordus, on insuffle sur toute la muqueuse de la poudre d'iodoforme et on suture la thyroïde au crin ou au fil d'argent (en cas de calcification), en assurant une coaptation parfaite ; on peut aussi réunir de même les deux moitiés du cricoïde qu'on est, en général, obligé de sectionner, on décanule le malade et on réunit les parties molles, sauf à la partie tout à fait inférieure où l'on ne serre pas les fils d'atteinte, afin de laisser un orifice qui servira de drain.

Le malade doit rester vingt-quatre heures dans le décubitus latéral complet. On ne permet au malade que quelques gouttes

d'eau prises avec une tasse, et on le soutient par des lavements alimentaires. Le troisième jour est le jour critique ; si le quatrième jour le malade va bien, tout danger est, en général, écarté.

On le voit, il n'y a pas grand'chose de nouveau dans ce procédé opératoire auquel s'attache cependant une importance de premier ordre.

Du 3 mars 1886 au 21 juin 1896, Semon a pratiqué ou fait pratiquer seize opérations radicales par la voie externe. La première (extirpation unilatérale) fut pratiquée par E. Hahn, la deuxième (hémilaryngectomie) par William Mac Cormac, la troisième (thyrotomie avec extirpation d'un petit segment cartilagineux), et la quatrième (thyrotomie), par H. Butlin, et les douze autres, par Semon.

Ces premiers cas furent opérés, un par la laryngotomie unilatérale, ou par la pharyngotomie sous-hyôidienne, trois par la thyrotomie avec ablation des parties de cartilages, et sept par la thyrotomie seule.

Dans un cas, l'examen microscopique ne put décider s'il s'agissait d'un fibro-sarcome ou d'un fibrome analogue au molluscum de la peau. Les 14 autres cas étaient : 1 cas de cancer vitreux, 1 cas de fibro-sarcome caverneux, et 12 cas d'épithélioma.

Sur ces 16 cas, cinq morts : 1 cas hémilaryngotomie, par Mac Cormac, mort le troisième jour de pneumonie septique bilatérale ; 2<sup>e</sup> cas, thyrotomie pratiquée par Butlin, mort le deuxième jour de pneumonie septique, très vraisemblablement due à la pénétration de lait dans les voies aériennes ; 3<sup>e</sup> cas, thyrotomie, par Semon, mort au bout de vingt-quatre heures d'intoxication par l'éther ; l'anesthésique avait été administré par le rectum, à l'autopsie, vive inflammation des bronches et de presque tout le tractus intestinal ; 4<sup>e</sup> cas, pharyngotomie sous-hyôidienne, par Semon, mort le quatrième jour de septicémie ; à l'autopsie on trouva de l'œdème et de la congestion du cerveau ; 5<sup>e</sup> cas, thyrotomie, par Semon, chez un homme de 72 ans ; mort le sixième jour des suites de l'aggravation d'un vieux catarrhe bronchique avec syncope cardiaque terminale.

Sur treize thyrotomies, il y eut donc trois morts opératoires, c'est dire qu'il ne s'agit pas d'une opération tout à fait sans danger.

Des onze malades qui survécurent, chez un on ne peut savoir s'il y a eu récurrence : tuméfaction de la région opérée, constatée au bout de quatre mois. Le malade mourut au bout de dix mois, et le médecin attribue les accidents à une suppuration, chez les

neuf autres chez lesquels le diagnostic de cancer fut histologiquement confirmé, il n'y eut aucune récurrence ; 6 ans 3/4, 5 ans 3/4, 6 ans 2 mois, 5 ans 1 mois, 3 ans 3 mois, 2 ans 2 mois, 1 an 5 mois, 1 an 2 mois, 1 an. Sauf dans 2 cas, la voix s'améliora à la suite de l'opération.

PAUL TISSIER.

**De la guérison définitive du cancer du larynx après l'extirpation de cet organe**, par GRAF (de Berlin) (26<sup>e</sup> congrès allemand de chirurgie, Berlin, 1897. (*Rev. de chir.*, 41, 1897).

G. donne les résultats de quarante-huit opérations pratiquées depuis 1883, à la clinique de Von Bergmann.

L'opération était précédée d'une trachéotomie et d'un tamponnement de la trachée. On isolait avec soin la plaie du larynx et celle de la trachée pour prévenir les infections possibles du côté des voies aériennes ou du médiastin. La guérison définitive a été obtenue quatre fois à la suite d'extirpation partielle, quatre fois à la suite d'extirpation unilatérale, et deux fois à la suite d'extirpation totale du larynx.

E. L.

**Sténose laryngée grave par paralysie complète du récurrent gauche avec introflexion de la région aryénoïdienne**, par J. DIONISIO (*Archivio ital. di otol. Rin. e Laring*, février 1897).

Jeune fille de 15 ans, chez laquelle la voix est devenue rauque depuis deux ans.

Il y a un an environ, la respiration a commencé à être difficile. Cette dyspnée augmente pendant la marche et l'effort. Légère hypertrophie de la glande thyroïde ayant débuté quatre ans auparavant.

A l'examen laryngoscopique, on constate les symptômes suivants :

Flexion en avant et en dedans de la région aryénoïdienne gauche ; le sommet de l'aryénoïde repose sur la corde vocale droite ; il reste inerte pendant les mouvements respiratoires et phonatoires ; paralysie de la corde vocale gauche ; pendant les accès de toux, le pli ary-épiglottique gauche est projeté en haut.

La dyspnée était due à la position de l'aryénoïde formant une sorte de soupape.

L'auteur en fit l'ablation avec les pinces coupantes de Landgraf. Ce traitement fut long et difficile à cause des hémorragies et du spasme de la glotte qui suivaient chaque tentative opératoire.

Au bout de cinq mois, la respiration redevient normale, mais la voix resta rauque à cause de la paralysie de la corde vocale.

Le malade mourut plus tard à la suite d'une métrorrhagie.

L'auteur fait ensuite remarquer que l'intérêt principal de cette observation consiste dans la position anormale présentée par l'ary-ténoïde.

Ce fait n'est pas signalé dans les traités ordinaires, et il n'a trouvé que deux ou trois observations publiées ayant quelque analogie avec ce cas.

H. DU F.

**Méthode de traitement des sténoses chroniques du larynx. — Un premier cas de guérison, par C. CORRADI (de Vérone) (*Archivio ital. di ot. Rin. e Laryng.*, février 1897).**

L'auteur rappelle qu'en mars 1893, il a publié un premier travail, dans la *Gazette des sciences médicales*, de Venise, dans lequel il proposait un nouveau procédé permettant d'introduire des cylindres de laminaire dans le larynx et de les laisser en place un certain temps. Il ajoutait qu'il était possible aussi d'y mettre en permanence des tubes métalliques creux, et que ces tubes étaient préférables à ceux dont on se sert ordinairement, et même à ceux de Schrötter.

Cette méthode nouvelle a été exposée ensuite dans ce journal (septembre 1895), et dans la *Suisse Romande*.

L'auteur donne maintenant la relation d'une observation d'un cas de sténose laryngée qu'il a ainsi traitée et guérie.

Elle a trait à une fillette de 4 ans qui fut atteinte, en février 1894, de croup, et à qui l'on dut pratiquer d'urgence la trachéotomie.

L'enfant guérit, mais il survint une atrésie du larynx qui rendit l'ablation de la canule impossible. Après avoir suivi divers traitements sans succès, elle fut conduite à l'hôpital de Vérone, le 7 février 1895.

On constate alors que la respiration est impossible par les voies naturelles.

L'examen laryngoscopique montre que l'épiglotte retombe sur le larynx. En faisant pencher la tête fortement en arrière, on aperçoit une masse rougeâtre.

Une sonde en gomme élastique, introduite par la plaie trachéale et dirigée de bas en haut arrive avec beaucoup de difficulté à traverser la glotte.

La dilatation fut d'abord essayée au moyen des tubes en ébonite de Schrötter, mais sans succès,

Ce fut alors que l'auteur appliqua sa méthode avec les cylindres de laminaire. Au bout de deux mois, ceux-ci furent remplacés par des tubes métalliques spéciaux. Plus tard, il employa les tubes d'O'Dwyer.

La guérison fut complète à la fin d'octobre, c'est-à-dire après neuf mois de traitement.

Quant aux détails de cette méthode, nous ne pouvons que renvoyer le lecteur au travail original de l'auteur paru *in extenso* dans le numéro de septembre 1895 de ce journal.

Nous devons ajouter, en terminant cette analyse, que le Dr C. Corradi vient de mourir à 37 ans, trop tôt enlevé à la science et à la spécialité des maladies de l'oreille et du larynx où il s'était fait un nom à juste titre.

Ses qualités d'expérimentateur et de clinicien lui avaient valu récemment le titre de *Docent*.

H. DU F.

**Paralysies laryngées chez les tabétiques**, par DEJERIVE (*Gazz. degli Ospedali*, 1897, vol. 11, p. 1142).

Dans le premier cas observé par Dejerive, les crises laryngées survenaient surtout la nuit. Pendant la crise, le pouls devenait plus fréquent, et quand la dyspnée était trop forte, pouvait même survenir une syncope. A l'examen laryngoscopique, paralysie des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs, paralysie de l'adduction des cordes vocales postérieures. Les muscles vocaux fonctionnent bien, et, quoiqu'il ne pénètre dans l'appareil respiratoire, qu'une très petite quantité d'air, le timbre de la voix est normal.

Dans le second cas, le spasme de la glotte a été le symptôme initial du tabes. Le malade ne respire que par la glotte interlaryngée aryténoïdienne, il respire lentement avec précaution. Par les émotions, la fatigue, la quantité d'air qui passe à travers la glotte devient insuffisante et le malade étouffe. Le timbre de la voix n'est pas modifié. Ces crises laryngées furent prises pour de l'asthme et traitées comme telles. Lui aussi a de la tachycardie atteignant 130 à 150 pulsations.

Cette tachycardie accompagnant les crises laryngées est importante. Elle ne peut être que la conséquence d'une lésion bilatérale des pneumogastriques.

La première malade présente l'ictus laryngé.

1<sup>o</sup> Cette très intéressante clinique n'ayant pas encore, croyons-nous, été publiée en France, nous l'analysons, d'après le journal italien *Ictus* de Charcot, avec chute et syncope. Aucun n'offre l'ictus tétan-



nique des muscles laryngés respiratoires beaucoup plus rare et obligeant à la trachéotomie. Chez tous deux, les muscles respiratoires sont atteints, et les muscles vocaux sont intacts. Une troisième malade tabétique, offrant le facies de Hutchinson a, outre des crises laryngées, une paralysie du muscle crico-aryténoïdien latéral. La voix est altérée, aphone ; la malade conserve la faculté de tousser.

L'apparition des crises comme symptôme initial dans un cas est un fait intéressant pour le diagnostic. Comme évolution, peu à peu, les crises spasmodiques ont diminué de fréquence. Mais, en même temps, la dyspnée continue augmentant. Les crises, à la période d'incoordination motrice, deviennent rares.

La paralysie peut s'atténuer. Une des malades chez qui on songeait, au début, à la trachéotomie, s'est fort améliorée. Au laryngoscope, la corde vocale est devenue notablement plus mobile.

Les lésions semblent essentiellement des lésions de névrites périphériques. Dans trois cas, Dejerine a vu les lésions des filets nerveux du thyroaryténoïdien interne et du cricoaryténoïdien latéral aller en diminuant d'intensité de la périphérie au centre. Les cellules nucléaires du pneumogastrique et du spinal étaient pourtant altérées.

Comme traitement, le nitrate d'argent, l'ergot de seigle sont sans action. L'antipyrine peut être employée dans les crises d'ictus, mais souvent la trachéotomie est la suprême ressource.

A. F. PLICQUE.

**Possibilité du traitement des vomissements incoercibles par le tubage laryngé, par CHAS. LYMAN GREENE (*Brit. med. journ.*, 1897, p. 1058).**

En étudiant la physiologie du vomissement chez l'adulte, l'auteur arrive à la conclusion que la condition essentielle d'un vomissement efficace est l'occlusion de la glotte, il sera donc rendu impossible par le tubage ou la trachéotomie. Quelques expériences faites sur le chien par Russel Wilcox confirment ces vues théoriques ; d'autre part, les individus trachéotomisés ne rendent pas d'aliments pendant que l'on pratique le cathétérisme du larynx (pour sténose par exemple), malgré de violents efforts ; c'est que l'épiglotte est relevée et la rétention de l'air rendue impossible. Aussi, l'auteur propose-t-il de se servir de tubes laryngés spéciaux qui assurent l'expiration facile, quelle que soit la position de l'épiglotte. La gravité des vomissements incoercibles justifierait l'essai de ce moyen de traitement.

M. N. W.

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

## ANGLETERRE

## Nez et Sinus

**T. Thomas.** Exostose du sinus frontal (*Liverpool med. inst.*; in *Brit. med. journ.*, 17 octobre 1896).

**F. Elvy.** Traitement du catarrhe naso-pharyngien aigu (*Brit. med. journ.*, 7 novembre 1896).

**S. C. Noble.** Un cas de léontiasis osseux (*Brit. med. journ.*, 5 décembre 1896).

**W. E. S. L. Finny.** Rhinoplastie pour lupus (*Brit. med. journ.*, 5 décembre 1896).

**Bond.** I. Sarcôme nasal opéré le 12 juin dernier. — II. Angiôme de la cloison (Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres, 11 novembre 1896).

**Cresswell Baber.** Mucocèle du sinus frontal; opération radicale; guérison (Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres, 11 novembre 1896).

**Saint-Clair Thomson.** Ecoulement de liquide cérébro-spinal d'une narine (Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres, 11 novembre 1896).

**J. Macintyre.** Emploi des rayons X dans les affections du nez, de la gorge et du thorax (*Practitioner*, janvier 1897).

**P. Mc Bride.** I. Photographie d'un cas de destruction rapide du nez et de la face. — II. Corps étranger du nez (Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres, 9 décembre 1896).

**L. Turner.** Papillôme de la cloison (Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres, 9 décembre 1896).

**J. Horne.** Fibrôme de la narine droite, avec examen microscopique par une ancienne méthode histologique aidant au diagnostic rapide (Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres, 9 décembre 1896).

**W. Williams.** Sténose nasale congénitale (Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres, 9 décembre 1896).

**J. B. Ball.** Remarques sur quelques points du diagnostic et du traitement des affections nasales (*Clin. journ.*, 30 décembre 1896).

**J. B. Ball.** Occlusion de la fosse nasale postérieure droite (Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres, 8 mai 1895).

**C. A. Parker.** Ulcération tuberculeuse du nez et du pharynx (Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres, 8 mai 1895).

**Pegler.** C es histologiques contribuant à l'histologie de l'hyperplasie des cornets (Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres, 8 mai 1895).

**C. J. Symonds.** Polypes de l'antre (Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres, 8 mai 1895).

**A. Coleman.** Pose d'un nez artificiel (*Brit. med. journ.*, 29 juin 1895).

**H. J. Dadysett.** Opération de l'ablation des cornets pratiquée pour la première fois dans l'Inde : ses effets sur les affections de l'oreille (*Journ. of lar. rhin. and otol.*, août 1895).

**D. B. Delavan.** Traitement chirurgical des affections des cellules ethmoïdales (*Brit. lar. rhin. and otol. ass.*, 25 juillet 1895).

**H. Luc.** Contribution au traitement chirurgical des sinus accessoires du nez (*Brit. lar. rhin. and otol. ass.*, 25 juillet 1895).

**E. J. Moure.** Considérations cliniques sur le traitement de l'empyème du sinus frontal (*Brit. lar. rhin. and otol. ass.*, 25 juillet 1895).

**Guye, Luc, Zuckerkandl, Mc Bride, A. Hodgkinson, S. Spicer, W. Hill, Bosworth, M. Schmidt, W. H. Daly, J. N. Mackenzie, D. Newman, R. Lake, W. Williams, A. W. de Roaldes.** Discussion sur l'étiologie des polypes muqueux du nez (*Brit. med. journ.*, 24 août 1895).

**D F. Keegan.** Rhinoplastie aux Indes (*Brit. med. journ.*, 12 octobre 1895).

**W. Scheppegegrell.** Hémorrhagie alarmante à la suite de l'ouverture de l'antre d'Highmore par l'alvéole (*Journ. of lar. rhin. and otol.*, septembre 1895).

**A. Gouguenheim.** Déviation et perforation de la cloison nasale (*Medical Week*, 18 octobre 1895).

**C. Ziem.** Traitement opératoire et diététique des suppurations des cavités accessoires du nez (*Journ. of lar. rhin. and otol.*, octobre et novembre 1895).

**S. Spicer.** Obstruction cicatricielle des fosses nasales antérieures (Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres, 9 octobre 1895).

**C. J. Symonds.** I. Ulcération tuberculeuse de la cloison. — II. Affection tuberculeuse de la cloison (Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres, 9 octobre 1895).

**W. Hill.** Affection du sinus frontal (Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres, 9 octobre 1895).

**F. Semon.** Polypes importants du nez extraits par la narine droite chez une femme de 49 ans (Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres, 9 octobre 1895).

**W. Spencer Watson.** Polypes du nez associés à la tachycardie élevés après la disparition de l'obstruction nasale (*Brit. med. journ.*, 2 novembre 1895).

**G. Stoker.** Méthode d'extraction des tumeurs naso-pharyngiennes empêchant l'hémorrhagie du pédicule (*Brit. med. journ.*, 2 novembre 1895).

**S. Boyd.** Résection temporaire du maxillaire supérieur pour une tumeur naso-pharyngienne (*Med. soc. of London*, 11 novembre ; in *Brit. med. journ.*, 16 novembre 1895).

**T. Barr.** Du traitement des végétations adénoïdes du naso-pharynx (*Lancet*, 14 septembre 1895).

**Bowlby.** Deux cas d'opération de fibro-angiôme naso-pharyngien (*Lancet*, 12 octobre 1895).

**Pinder.** Un cas d'empyème de l'antre d'Highmore ayant duré sept ans (*Lancet*, 19 octobre 1895).

**Saint-Clair Thomson.** Antiseptiques et médication intra-nasale (*The Practitioner*, décembre 1895).

**W. Hill.** Régénérescence du tissu sur la crête inférieure après l'ablation des cornets (Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres, 13 novembre 1895).

**A. A. Kanthack.** Empyème du sinus maxillaire (Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres, 13 novembre 1895).

**E. Law.** Obstruction nasale par suite de déviation nasale et d'autres causes (Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres, 13 novembre 1895).

**Dalby (Sir William).** Tumeurs adénoïdes du pharynx (*Lancet*, 30 novembre 1895).

**W. H. Brown.** Fracture ethmoïdale avec méningite de la base (*Lancet*, 14 décembre 1895).

**G. Stoker.** Un cas d'ozène syphilitique (*Brit. lar. rhin. and otol. ass.*, 18 octobre ; *Journ. of lar. rhin. and otol.*, décembre 1895).

**E. Law.** Cas d'affection bilatérale de l'antre (*Brit. lar. rhin. and otol. ass.*, 18 octobre ; *Journ. of lar. rhin. and otol.*, décembre 1895).

**Bark.** Présentation de coupes d'un rhinolithé montré auparavant à la Société (*Brit. lar. rhin. and otol. ass.*, 18 octobre ; *Journ. of lar. rhin. and otol.*, décembre 1895).

**Cresswell-Baber.** Papillôme nasal (Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres, 11 décembre 1895).

**L. Lawrence.** Polypes du nez et du pharynx nasal (Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres, 11 décembre 1895).

**W. R. H. Stewart.** Fibrôme étendu de la cloison nasale (Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres, 11 décembre 1895).

**Milligan.** Affections nasales et laryngées (*Manchester pathol. soc.*, 15 janvier ; in *Brit. med. journ.*, 1<sup>er</sup> février 1896).

**Saint-Clair Thomson et R. T. Hewlett.** Présence de micro-organismes dans l'air inspiré (*Lancet*, 11 janvier 1896).

**A. Bronner.** Gros polype nasal extrait du naso-pharynx d'un homme de 33 ans (Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres, 8 janvier 1896).

**Saint-Clair Thomson.** Fibrôme (fibro-sarcôme ?) de la cloison cartilagineuse. Examen microscopique (Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres, 8 janvier 1896).

**Haring.** Sarcôme des fosses nasales (*Pathol. soc. of Manchester* ; in *Brit. med. journ.*, 29 février 1896).

**J. Sendziak.** Contribution à l'étiologie des tumeurs hémorrhagiques de la cloison (*Journ. of lar. rhin. and otol.*, mars 1896).

**G. Stoker.** Cas d'affections nasales et auriculaires traitées au moyen de l'oxygène (*Brit. lar. rhin. and otol. ass.* ; in *Journ. of lar. rhin. and otol.*, mars et octobre 1896).

**Mayo Collier.** Etiologie de l'obstruction nasale (*Brit. lar. rhin. and otol. ass.* ; in *Journ. of lar. rhin. and otol.*, mars 1896).

**W. Permewan.** Le naso-pharynx en relation avec la voix (*Liverpool med. chir. journ.*, 1<sup>er</sup> février 1896).

**B. J. Baron.** Affection nasale associée à l'épilepsie (*Brit. med. journ.*, 14 mars 1896).

**H. Marson.** Un cas de lupus guéri par l'extrait thyroïdien (*Brit. med. journ.*, 21 mars 1896).

**R. Parker.** Rhinoplastie (*Liverpool med. int.*; in *Brit. med. journ.*, 21 mars 1896).

**J. Wilson.** Hypertrophie des cornets (*Liverpool med. int.*; in *Brit. med. journ.*, 21 mars 1896).

**J. W. Bond.** Larves dans le nez (Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres, 11 mars 1896).

**L. Lawrence.** Tumeur naso-pharyngienne (Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres, 11 mars 1896).

**Spencer.** Enrouement chronique chez un malade atteint de rhinite chronique et de pharyngite (Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres, 11 mars 1896).

**P. H. Abercrombie.** Valérianate de zinc dans la fièvre des foins (*Brit. med. journ.*, 18 avril 1896).

**R. H. Woods.** Modification à la rhinoplastie indienne (*Royal. acad. of med. in Ireland*; in *Brit. med. journ.*, 18 avril 1896).

**W. Hill.** Tuberculose nasale (*Brit. lar. rhin. and otol. ass.*; in *Journ. of lar. rhin. and otol.*, juin 1896).

**Bond.** Sarcôme nasal récidivant (Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres, 13 mai 1896).

**L. Lack.** Guérison d'une suppuration de l'antre et du sinus frontal (Comptes rendus de la Soc. lar. de Londres, 13 mai 1896).

**H. Tilley.** Coupes de polypes guéris du sinus frontal (Compte rendu de la Soc. lar. de Londres, 13 mai 1896).

**E. Cresswell-Baber.** Notes sur le diagnostic de l'abcès latent du sinus maxillaire (*Brit. med. journ.*, 2 juin 1896).

**Wickham.** Un cas de rhinosclérome (4<sup>e</sup> Congrès intern. de dermatol., Londres, août 1896).

**M. R. Brown.** Relation des affections aiguës du nez et de la gorge avec les troubles digestifs (*Journ. of lar. rhin. and otol.*, septembre 1896).

**A. Bronner.** Importance du diagnostic précoce de l'obstruction nasale chez les enfants (*Brit. med. journ.*, 12 septembre 1896).

**W. Downie.** Note sur un cas d'occlusion membraneuse congénitale de la narine gauche chez un enfant (*Glasgow med. chir. soc.*; in *Glasgow med. journ.*, octobre 1896).

**P. Abercrombie.** Résection des cornets dans 66 cas de sténose nasale (*Journ. of lar. rhin. and otol.*, octobre 1896).

**R. H. Woods.** Spéculum destiné à faciliter l'examen de l'espace rétro nasal dans les cas difficiles (*Brit. lar. rhin. and otol. ass.*; *Journ. of lar. rhin. and otol.*, octobre 1896).

**B. J. Baron.** Abcès du sinus frontal (*Brit. lar. rhin. and otol. ass.*; *Journ. of lar. rhin. and otol.*, octobre 1896).

## NOUVELLES

Le Dr W. K. Simpson a été nommé professeur de laryngologie au collège des médecins et chirurgiens de l'Université de Colombie à New-York.

L'Association médicale du comité de New-York a décidé de nommer un comité chargé d'aviser aux moyens de perpétuer d'une manière durable la mémoire du Dr J. O'Dwyer.

Le Dr J. E. Newcomb, de New-York, a été nommé professeur de laryngologie à l'Université Cornell.

Nous lisons, dans l'*Allgemeine Wiener med. Zeitung*, qu'à la suite de la retraite du Prof. J. GRUBER, les deux cliniques d'otologie de l'Université de Vienne sont réunies sous la direction du Prof. A. POLITZER.

Le Prof. P. SCHECH, de Munich, qui enseignait jusqu'ici la balnéothérapie, la climatothérapie et la laryngo-rhinologie, se consacrera désormais à des cours de cette dernière spécialité.

Le Congrès dentaire national s'est réuni à Lyon, les 12, 13 et 14 août 1898.

VIN DE CHASSAING (Pepsine et diastase) Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALIÈRES. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 25 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY. (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant. Excellent remède contre la constipation.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec persévérance.

GRAINS DE CÈBER. POUDRE MANUEL. GRANULES FERRO-SULFUREUX THOMAS.

L'EAU DE GUBLER, CHATEL-GUYON, tonique et laxative, relève les fonctions de l'estomac et de l'intestin.

CHAMPAGNE EUPEPTIQUE DE CHOBRY. Dyspepsie et vomissements post-opératoires.

SIROPS LAROZE IODURÉS. Sont seuls bien supportés par l'estomac les iodures Laroze chimiquement purs à base de potassium, sodium, strontium et fer associés au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères.

**SIROPS LAROZE BROMURÉS.** Sont seuls bien tolérés les bromures Laroze chimiquement purs à base de potassium, sodium, strontium et le Polybromure associés au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères.

---

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

---

An etiology study of atrophic diseases of the upper air passages based upon an examination of two hundred cases (Etude étiologique des affections atrophiques des voies aériennes supérieures basée sur l'examen de 200 cas), par J. L. GOODALE (Extrait du *Journ. of. the Amer. med. Ass.*, 26 février 1898).

On the treatment of certain forms of cervical lymphadenitis by the introduction of medicinal substances into the crypts of the faucial tonsils (Sur le traitement de certaines formes de lymphadénites cervicales par l'introduction de substances médicinales dans les cryptes des amygdales), par J. L. GOODALE (Extrait du *Boston med. and. Surg. Journ.*, 19 mai 1898).

laarverslag der Gemeentelijke Universiteits Polikliniek voor Keelziekten te Amsterdam, 16 sept. 1896 — 15 sept. 1897 (Statistique de la Polyclinique universitaire pour les maladies de la gorge à Amsterdam, du 16 septembre 1896 au 15 septembre 1897), par H. BURGER et H. C. A. CAMPAGNE (Tiré à part du *Geneesk. Courant*, 24 avril 1898).

Beiträge zur Diagnose und Therapie des Larynx krebses (Contribution au diagnostic et au traitement du cancer laryngien), par O. CHIARI (Tiré à part des *Archiv. f. Lar.*, Bd 8, h. 4, 1898).

I. L'ossigeno nelle suppurazioni croniche dell'orecchio medio (L'oxigène dans les otites moyennes suppurées chroniques). — II. L'esame dell'udito nei militari di marina (L'examen de l'audition chez les marins), par T. ROSATI (Extraits des *Ann. di med. Navali*, fasc. 4 et 6, 1898).

---

**Sirop et Pâte Berthé** à la codéine.  
— Calmants  
pectoraux et somnifères très efficaces contre toutes les souffrances  
des femmes et des enfants.

---

Le Gérant : G. MASSON.





